

**Mestrado em Enfermagem  
de Saúde Materna e Obstetrícia**

Relatório de Estágio

**Reiki como intervenção integrada do EEESMO na  
promoção do bem-estar durante a gravidez e trabalho  
de parto**

**Estela Sofia Ruivo Lourenço**

**Lisboa**

**2016**



**Mestrado em Enfermagem  
de Saúde Materna e Obstetrícia**

Relatório de Estágio

**Reiki como intervenção integrada do EEESMO na  
promoção do bem-estar durante a gravidez e trabalho  
de parto**


**Estela Sofia Ruivo Lourenço**

Orientador: Professora Irene Soares

**Lisboa**

**2016**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



**“Are we humans having a spiritual experience, or are we spiritual beings  
having a human experience?”**

Teilhard de Chardin, citado por Watson disponível em  
<https://www.watsoncaringscience.org/jean-bio/caring-science-theory/>

À Susana Santos e à transcendência do tempo

Ao meu irmão, um pequeno anjo

## **Agradecimentos**

À minha mãe e a minha irmã, pelas mulheres que são e por me incentivarem sempre a alcançar os meus sonhos. Ao meu pai, porque acredito que me guia sempre.

Ao Bruno, por ser o meu porto de abrigo durante estes anos de tempestade. Obrigada por continuares a caminhar ao meu lado. À tua mãe por cuidar de mim.

Às “Luísas” da minha vida (I, Luísa Condeço e Prof. Luísa SottoMayor) por serem mulheres inspiradoras.

Aos amigos que permanecem mesmo com a distância dos meus sonhos.

À minha equipa de trabalho pelo que tenho aprendido convosco e por serem tão disponíveis. À minha chefe pelo apoio neste percurso.

Aos meus orientadores de estágio. Em especial ao meu orientador de estágio com relatório por ser uma inspiração e por me permitir ser quem sou, nunca esquecendo o meu potencial de crescimento.

Às mulheres, grávidas, parturientes, puérperas a quem prestei cuidados, sem elas a aquisição de conhecimento seria impossível.

À Associação Portuguesa de Reiki, na pessoa de Andreia Vieira e Paula Moreira pelo conhecimento, pela disponibilidade, pelo Reiki. E ao meu Mestre de Reiki Roberto Brissing por ter permitido este caminho.

À Professora Irene Soares pelo seu apoio, orientação e disponibilidade.

À ESEL pela sua filosofia de ensino.

## **ABREVIATURAS**

ABCF – Auscultação dos batimentos cardio-fetais

APEO - Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras

APR - Associação Portuguesa de Reiki

BP - Bloco de Partos

BSG – Boletim de Saúde da Grávida

CMESMO – Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

CTG – Cardiotocografia

DGS – Direção Geral de Saúde

DPP – Data Provável de Parto

EC - Ensino Clínico

ER – Estágio com Relatório

EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FAME - Federación de Asociaciones de Matronas de España

FCF - Frequência cardio-fetal

IA – Índice de Apgar

ICM - International Confederation of Midwives

LA – Líquido Amniótico

LTM – Líquido Tinto de Mecónio

NICE - The National Institute for Health and Care Excellence

OE - Ordem dos Enfermeiros

RCM – Royal College of Midwives

RN – Recém-nascido

RSL – Revisão Sistemática de Literatura

RAM – Rutura Artificial de Membranas

RPM - Rutura Prematura de Membranas

SDR – Síndrome de Dificuldade Respiratória

SUOG – Serviço de Urgências Obstétrica e Ginecológica

TP - Trabalho de Parto

UC – Unidade Curricular

WHO – World Health Organization

## Resumo

PALAVRAS-CHAVE: Reiki, Gravidez, Trabalho de parto e Parteira/EEESMO

O relatório de estágio tem como objetivo descrever as atividades desenvolvidas na unidade curricular estágio com relatório e cujas atividades permitiram adquirir as competências específicas como EEESMO.

No desenvolvimento deste relatório foi possível integrar o conhecimento adquirido através das sessões letivas, da pesquisa bibliográfica, de momentos de partilha com os peritos, e da reflexão decorrente desta panóplia de contributos sobre o cuidar do EEESMO.

De modo a corresponder ao plano de estudos do CMESMO, foi aprofundado um tema no âmbito do cuidado especializado, sendo este: a integração do Reiki no cuidado do EEESMO. Para tal foi necessário realizar uma revisão de literatura, recorrer a peritos que integram no seu cuidado o Reiki e proporcionar Reiki como cuidado integrado às grávidas e parturientes.

Através da literatura concluiu-se que o Reiki é utilizado pelos Enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica, porém a sua prática é pouco divulgada. Identificou-se ainda vantagens como diminuição da ansiedade. Das atividades desenvolvidas, concluiu-se que o Reiki quando integrado no cuidado do EEESMO promove o bem-estar das grávidas e parturientes, aumentando a energia ou promovendo o relaxamento.

A descrição das atividades, bem como as reflexões que daí surgiram foram enquadradas à luz de teoria de Jean Watson, a Teoria do Cuidar Transpessoal. Sendo que para a teórica, cuidar tal como o amor [e o Reiki] é a energia primordial, sendo que para que a humanidade persista é essencial sermos mais amorosas e cuidativos alimentando assim a humanidade. Cuidar é assim um meio de permitir o progresso de uma Pessoa em direção a uma elevação do ser e de harmonia entre a mente, corpo e alma.



## **Abstract**

Key Words: Reiki, Pregnancy, Childbirth/Labour, Midwife

The main goal of this internship report is to describe the developed activities in the internship, and point out activities that allowed acquiring specific skills as a midwife.

With the development of this report it was possible to integrate the knowledge gained through lectures, bibliographic research, shared moments with experts, and reflection arising from this panoply of these contributions.

According to the regulations of the Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, to achieve the Master's degree, it's necessary to expand the knowledge on a topic of specialized midwifery care, which in this report was: the integration of Reiki in midwifery care. For this, it was necessary to: perform a literature review; reach the knowhow of experts that integrate Reiki in their care; and provide Reiki to pregnant women and mothers whom I took care.

Through literature it was concluded that Reiki is used by midwives, but its practice isn't disclosure. It was also found benefits in practice such as promoting the decreased of anxiety. From the developed activities, it was concluded that Reiki when integrated into midwifery care promotes the well-being of pregnant women and mothers for example increasing energy or flourishing relaxation.

The descriptions of the activities, as well as the emerged reflections were framed in Jean Watson theory of Transpersonal Human Caring. To Watson, caring and love [and Reiki] are the primordial energy, and in order to humanity persist is essential to be more loving and caring, nourishing this way Humanity. Caring allows a person to transcend herself and to be in harmony between mind, body and soul.

## **ÍNDICE**

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>11</b>
<b>ENQUADRAMENTO TEÓRICO – JEAN WATSON</b>	<b>14</b>
<b>O CAMINHO DE APRENDIZAGEM – ATIVIDADES DESENVOLVIDAS PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE EEESMO</b>	<b>16</b>
<b>2.1 – Objetivo 1</b>	<b>16</b>
<b>2.2 – Objetivo 2</b>	<b>20</b>
<b>2.3 – Objetivo 3</b>	<b>39</b>
<b>2.4 – Objetivo 4</b>	<b>44</b>
<b>2.5 – Objetivo 5</b>	<b>47</b>
2.5.1 - Revisão da Literatura	48
2.5.2 - Gravidez e Parto em relação às Terapias Complementares	50
2.5.3 - Concetualização do Reiki	50
2.5.4 - Reiki e cuidados de Enfermagem	52
2.5.5 - Resultados obtidos	53
<b>2.6 – Objetivo 6</b>	<b>58</b>
<b>3 – REFLEXÃO FINAL</b>	<b>60</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	

## **Índice de Tabelas**

Tabela 1- Critérios de inclusão e exclusão dos artigos da RSL	49
Tabela 2 - Resultados obtidos do número de artigos obtidos através da RSL	49
Tabela 3 - Atividades desenvolvidas no Ensino Clínico III	55
Tabela 4 - Atividades desenvolvidas no Estágio com Relatório	56

## INTRODUÇÃO

No âmbito do 2º ano do 6º CMESMO e com vista à aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica surge a necessidade de realizar um relatório de estágio que descreva as aprendizagens e competências desenvolvidas na Unidade Curricular Estágio com Relatório. Posteriormente este relatório será a base para a defesa pública para a obtenção de grau de Mestre.

Este estágio decorreu num serviço de Bloco de Partos e Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica de um hospital a sul do Tejo. O estágio teve a duração total de 750 horas tendo decorrido de fevereiro a agosto de 2016.

Sendo um relatório, este pretende descrever as atividades desenvolvidas, as competências de EEESMO que foram adquiridas e reflexões que serão articuladas com autores de referência/evidência científica, pois, tal como refere Ferreira (2001, p.128) “A reflexão, enquanto fonte de conhecimento surge como um momento privilegiado de integração de competências, como oportunidade para representar mentalmente a qualidade do produto final e apreciar a própria capacidade de agir”.

O Enfermeiro Especialista, de acordo com a OE (Regulamento N.º122/2011, 2011), tem um domínio e conhecimento específico das respostas humanas a determinados processos de vida. Este domínio e conhecimento traduz-se em julgamento clínico e tomada de decisão, que por sua vez resulta num conjunto de competências adquiridas. Assim, como EEESMO, importa adquirir competências comuns dos Enfermeiros Especialistas (Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; Melhoria Contínua da Qualidade; Gestão de Cuidados e Aprendizagens Profissionais) bem como, adquirir competências específicas na área de especialização, no contexto do cuidado à mulher inserida na família e comunidade no âmbito: do planeamento familiar, do período pré- concecional, pré-natal, TP, período pós-natal e climatério, incluindo também os processos de saúde doença ginecológica e cuidar o grupo alvo (mulheres em idade fértil) inserida na comunidade (Regulamento N.º127/2011, 2011). Perante este conjunto de competências, e com

vista a alcançar estas competências foi necessário traçar objetivos para Unidade Curricular Estágio com Relatório, sendo eles:

- Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de Enfermagem especializados à mulher que vivencia situação de doença ginecológica; à grávida e família que vivencia risco pré-natal e que recorrem ao SUOG do hospital.
- Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais nos cuidados de Enfermagem especializados à mulher e pessoa significativa, nos diferentes estádios de Trabalho de Parto, otimizando a saúde do feto e parturiente.
- Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais nos cuidados de Enfermagem especializados ao recém-nascido e família, promovendo a adaptação à vida extrauterina e à deteção precoce de complicações.
- Desenvolver competências na prestação de cuidados de Enfermagem especializados à mulher e família no puerpério imediato e promovendo a transição para a parentalidade.
- Aprofundar conhecimentos e desenvolver competências na aplicação do Reiki como intervenção integrada do EEESMO na promoção de bem-estar da grávida e parturiente, adequando esse cuidado aos diferentes contextos de ensino clínico.
- Desenvolver a capacidade reflexiva sobre a prática, em particular sobre os cuidados especializados do EEESMO.

Ao longo do percurso formativo do CMESMO surgiu a necessidade de aprofundar uma temática, sendo que surgiu uma questão de especial interesse: **Reiki como intervenção integrada do EEESMO na promoção de bem-estar da grávida e parturiente.** Este tema teve uma abordagem inicial de recolha de informação através de Revisão de Literatura, de entrevistas a EEESMO que utilizam na sua prática e posteriormente na aplicação do Reiki a grávidas e parturientes durante o Estágio com Relatório.

Uma vez que ao EEESMO compete ajudar as mulheres a suportar a dor durante o trabalho de parto (WHO, 1996), considero que o Reiki poderá ser uma estratégia que promove o bem-estar da parturiente, pois tal como referem Midiller & Eser (2015) o Reiki reduz a intensidade da dor e os níveis de ansiedade. Assim, a escolha deste tema ocorreu porque já detenho o 2º nível de Reiki (e como tal já tenho alguns conhecimentos) e porque considero que pode ser uma mais-valia enquanto intervenção do EEESMO para ajudar a mulher em TP. Assim, pretendo adquirir competências sobre como aliar o Reiki a novas competências como Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstétrica.

Uma vez que a teoria é essencial para a prática, e, de modo a que este processo reflexivo se interligue com a teoria, surgiu a necessidade de recorrer à Teoria do Cuidado Transpessoal. Para Watson (2002b), cuidar, sendo um fenómeno humano, não é objetivável. Watson (2002b) acrescenta ainda que o fenómeno humano da Enfermagem é possível tornar-se conhecido através do estado de espírito, sentimentos e emoções resultante de experiências. Deste modo, como o relatório pretende descrever e refletir sobre as minhas experiências como estudante do CMESMO, bem como as experiências das mulheres que experienciaram o Reiki como cuidado integrado do EEESMO, a Teoria do Cuidado Transpessoal é o constructo teórico que maior contributo iria trazer.

Este relatório está dividido em dois capítulos. No primeiro capítulo será abordado a Teoria do Cuidado Transpessoal, pois esta será a base conceptual da minha prática de cuidados. No segundo capítulo são explanadas as atividades desenvolvidas de acordo com os objetivos estipulados, bem como as competências adquiridas e interligando, através de um processo reflexivo, com a teoria (decorrente de pesquisa bibliográfica em livros, periódicos, bases de dados online, recurso a peritos). O tema Reiki como cuidado integrado do EEESMO será desenvolvido no subcapítulo 2.5: objetivo nº5. Para a concretização deste objetivo recorreu-se a uma revisão de literatura, utilizando a metodologia da RSL e recurso à análise de práticas e contributo de peritos). Na terceira parte deste relatório, será apresentada uma reflexão final que sucintamente descreve as competências adquiridas, o resultado de pesquisa sobre o tema central e o contributo deste relatório.

## 1- ENQUADRAMENTO TEÓRICO – JEAN WATSON

A teoria é essencial para a prática, pois as proposições que daí advêm permitem pensar os cuidados, evidenciam propósitos e limites, bem como as relações entre os Enfermeiros e os clientes (Favero, Meirs, Lacerda, Mazza, & Kalinowski, 2009). A Teoria do Cuidado Transpessoal tem por base conceitos ocidentais e orientais, pelo que a escolha pela teoria de enfermagem inerente a este projeto foi uma escolha muito clara. Esta teoria é centrada no conceito de cuidado e em pressupostos existenciais, abrindo lugar a um cuidado para lá do corpo físico, isto é, permitindo cuidar os mistérios espirituais e as dimensões existenciais da vida e da morte, cuidado também a alma (Favero et al, 2009).

Para Jean Watson, a Pessoa é mais do que a soma das partes, é um Ser com valor, que merece respeito e ser compreendido e assistido. É pois um ser holístico. Watson (2002b, p.81) concebe a visão de Pessoa como uma “alma que possui um corpo que não está limitado por espaço e tempo”. Este conceito de alma é o eu interior, “o corpo está para além dos cinco sentidos, é um veículo de consciência, um ser de luz e energia, um corpo-sujeito quântico extra-sensorial e holográfico” (Watson, 2002a, p.135). O eu interior está ligado a um grau de consciência que pode expandir as suas capacidades humanas, transcendendo-nos.

No conceito de Saúde, a harmonia entre mente, corpo e alma é a premissa. Watson não define previamente doença, mas antes o conceito de mal-estar. Este provém de uma inquietação ou desarmonia. Esta desarmonia pode estar em qualquer esfera da Pessoa, tanto de forma consciente, como inconsciente. Há como que uma incongruência. Este mal-estar pode conduzir à doença e por sua vez a doença cria mais desarmonia (Watson, 2002b).

O Ambiente é tido como um paradigma de interação simbiótica entre humanos – tecnologia – natureza e um universo mais vasto em expansão, sendo que um ambiente de cuidados proporciona o desenvolvimento do potencial da Pessoa (Neil, 2004).

Segundo Watson (2002b) o objetivo de Enfermagem é: ajudar as pessoas a ganharem um grau mais elevado de **harmonia** na mente, no corpo e na alma.

Permitido assim gerar processo de **autoconhecimento, autorespeito, autocura e autocuidado**, permitindo que a Pessoa se **transcenda**. O Enfermeiro é então tido como um **coparticipante** no processo de cuidar, contribuindo para preservar a humanidade do outro. O Enfermeiro ajuda os indivíduos a encontrar significado na sua existência, na desarmonia, no sofrimento e no tumulto, promovendo o autocontrole, a escolha e a autodeterminação nas decisões saúde/doença.

Para Watson (2002b) cuidar inicia-se quando o Enfermeiro entra no campo fenomenológico (ambiente) do outro, quando o Enfermeiro identifica a condição de espírito/alma (mal-estar/doença) do outro, e, ao sentir essas condições de espírito/alma do outro, responde de tal modo (intervenção ou como Watson refere: **processo de cuidar**) que o recetor (Pessoa) liberta sentimentos e pensamentos menos harmoniosos e transmuta-os por sentimentos e energias harmoniosas.

Amor e Cuidar são das forças cósmicas mais universais, mais espantosas e mais misteriosas (Watson, 2002b). É a energia primordial. Sendo o Reiki considerado como energia universal, e que se compara ao amor incondicional, podemos dizer que Reiki é Cuidar. Assim, a escolha pela Teoria do Cuidar Transpessoal, é muito clara. E sendo a abordagem sobretudo descritiva, pois conforme refere Watson (2002b) os fenómenos humanos como o cuidar não são objetiváveis, torna-se assim a teoria mais adequada para estudar a aplicação do Reiki como cuidado integrado do EEESMO, pois importa, acima de tudo, compreender a experiência humana.



## **2- O Caminho De Aprendizagem - Atividades Desenvolvidas Para Aquisição De Competências De EEESMO**

Ao EEESMO é atribuído a competência de cuidar a mulher no seu ciclo de vida na saúde ginecológica e ciclo reprodutivo assumido responsabilidade no diagnóstico de gravidez, vigilância da gravidez normal, prescrever/aconselhar exames para diagnóstico de gravidez de risco, de assistir a parturiente durante o TP e vigiar o estado do feto, fazer o parto normal em caso de apresentação cefálica e proceder à episiotomia se necessário, realizar o parto de apresentação pélvica, cuidar a parturiente, vigiar o puerpério possibilitando assim o melhor resultado possível (OE, 2015).

Neste capítulo serão explanadas as atividades desenvolvidas durante o ER e que contribuíram para atingir os objetivos propostos. No entanto, algumas destas competências têm sido desenvolvidas no decorrer de outros momentos de Ensino Clínico. Neste último estágio o cuidado do EEESMO situa-se sobretudo na mulher que recorre ao SUOG em todo o seu ciclo de vida e, no Bloco de Partos nomeadamente no 1º, 2º, 3º e 4º estadio de trabalho de parto, bem como no cuidado ao recém-nascido. O Hospital onde realizei o Estágio com Relatório é um Hospital Central da Região sul do Tejo, tendo sido possível desenvolver competências como EEESMO no âmbito do Bloco de Partos e SUOG, de acordo com os objetivos propostos. A caracterização da unidade onde foi realizado o estágio está disponível no **Apêndice 1** deste trabalho, pois a contextualização, conhecimento da filosofia de cuidados da unidade hospitalar/serviço é fundamental na prestação de cuidados. Segundo Frederico (2001), a integração possibilita a adaptação do indivíduo à organização nomeadamente para o desempenho.

**2.1 Objetivo 1-** Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais na prestação de cuidados de Enfermagem especializados à mulher que vivencia situação de doença ginecológica, à grávida e família que vivencia risco pré-natal e que recorrem ao SUOG do hospital.

No SUOG onde foi realizado o estágio, a triagem da mulher que a ele recorre é realizada pelo EEESMO. Assim, esta foi uma oportunidade para realizar um

conjunto de atividades que permitiram desenvolver competências tanto na área de ginecologia, como na área de saúde materna, conforme previsto no projeto de estágio. Deste modo, foi possível realizar de forma autônoma triagem e prestar cuidados a **28** mulheres no período pré-natal, e foi ainda possível realiza triagem e prestar cuidados a **11** mulheres que vivenciaram situação de doença ginecológica e **2** mulheres no período de puerpério. No total foram realizadas **41 triagens** no SUOG e respectivos cuidados.

No início de cada triagem, procedia ao acolhimento da mulher/família, apresentando-me com o nome e esclarecendo que era estudante do CMESMO, uma vez que a identificação da pessoa cuidador é essencial para demonstrar um ambiente acolhedor (Silow-Carrol, Alteras & Stepnick, 2006). Durante a triagem era essencial identificar celeremente as situações que poderiam implicar cuidados mais imediatos. Assim, era questionado primeiramente o motivo pelo qual a mulher recorria naquele momento ao SUOG, e, paralelamente era realizada uma observação objetiva da mulher de modo a antecipar a necessidade de cuidados emergentes/urgentes. Após a identificação do problema e não sendo uma situação emergente/urgente realizava uma breve história clínica. Tal como referem Lowdermilk e Perry (2008) a entrevista era realizada de modo aberto, sem que a linguagem verbal e corporal demonstre juízos de valor e mostrando uma atitude sensível, Watson (2002b) acrescenta ser necessário ter uma elevada consideração e reverência pela Pessoa. Isto porque a mulher encontra-se numa situação vulnerável e tal como referem Lowdermilk e Perry (2008) as mulheres podem sentir receio do exame físico ou sentir-se mal por ter pouca informação sobre as funções sexuais.

No decorrer do ER as situações ginecológicas/puerpério que levaram as mulheres a recorrer ao SUOG foram: dor pélvica (N=6), perda hemática vaginal (N=3, incluindo 1 puérpera), doença inflamatória pélvica (N=1), Leucorreia (N=1), sintomas pós início da contraceção oral (N=2, incluindo 1 puérpera). Estes episódios permitiram desenvolver a competência de cuidar a mulher inserida na família e comunidade a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica e a competência de diagnosticar precocemente e previne complicações para a saúde da mulher

durante o período pós-natal. Para além da identificação dos problemas que levaram as mulheres a recorrer ao SUOG, foi necessário colaborar com a equipa médica no sentido de realizar exames complementares de diagnóstico (exemplo colheita de sangue/urina), e proporcionar informação sobre a situação que levou a mulher a recorrer ao serviço. E este é sem dúvida um momento fundamental para proporcionar educação para a saúde, pois algumas mulheres adiam a consulta de ginecologia/planeamento familiar até surgir uma necessidade como gravidez, dor, hemorragia vaginal ou corrimento vaginal anormal (Lowdermilk e Perry, 2008). Assim, foi possível realizar educação para a saúde em contexto de SUOG o que possibilitou que a mulher se torna-se **coparticipante no processo de cuidar**, nomeadamente ajudando-a a compreender os fatores de risco e ajudando-a adquirir maior conhecimento, **autocontrolo** e capacidade para o **autocuidado**. O EEESMO deve permitir à mulher **transcender-se** e adquirir controlo da sua vida, optando por hábitos de vida saudáveis como exames regulares, vida sexual saudável e opção por um método contraceptivo mais adequado. O EEESMO em contexto de SUOG tem um papel essencial, pois ao realizar uma identificação e resolução eficaz da situação, consegue assim reduzir o impacto na vida da mulher e evitar uma sucessão interminável de consultas, investigações e cronicidade (RCOG, 2012).

Segundo o ICM (2013), ao EEESMO compete proporcionar cuidado pré-natal de modo a maximizar a saúde da grávida o que inclui a deteção precoce, tratamento ou referência de possíveis complicações. No decorrer do ER foi possível realizar triagem a mulheres grávidas que recorriam ao SUOG e deste modo desenvolver esta competência. As situações que levaram a grávida a recorrer ao SUOG foram: avaliação do bem-estar materno fetal (N=8), contratilidade uterina dolorosa (N=5), diagnóstico de gravidez (N=3), RPM (N=2), infeção urinária (N=2), perdas hemáticas vaginais/abortamento (N=2), e ainda diminuição dos movimentos fetais (N=1), dor pélvica (N=1), vômitos (N=1), diarreia (N=1), rinorreia (N=1), pré-eclampsia (N=1), situações que proporcionaram um vasto leque de experiências.

Durante a triagem era realizada uma avaliação inicial onde era identificado o motivo da urgência, avaliada a história de saúde global, saúde obstétrica e ginecológica, realizada a observação física, avaliados os resultados dos exames

complementares de diagnóstico, para além disso o BSG era consultado. De acordo com a DGS (2001, p.1) o BSG é “um instrumento fundamental de transmissão dos dados relativos à saúde da grávida e do feto. Assegura a circulação da informação clínica relevante, contribuindo para a articulação e interligação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares”. De acordo com a IG era avaliada a estática fetal, avaliado o bem-estar fetal (ABCF ou CTG) e realizada eventual cervicometria. Ao conjugar todos estes elementos era possível identificar situações de alto risco e deste modo conseguir prestar cuidados individualizados.

Lowdermilk & Perry (2008) referem que as enfermeiras são fundamentais na educação para a saúde relativamente aos cuidados durante a gravidez. Assim, no decurso das situações de cuidados, foi possível realizar educação para a saúde, pois ao Enfermeiro compete promover a escolha e a **autodeterminação** nas decisões de saúde/doença (Watson, 2002b). Assim ao abordar diferentes temas como a necessidade de realizar a contagem de Cardiff, a importância de vigilância pré-natal, cuidados alimentares e de hidratação, sinais de início do TP, alertando para situações de risco e informando sobre medidas de alívio dos desconfortos da gravidez, entre outros cuidados, promovi assim a **harmonia** e potencieei o **autocuidado** da grávida.

Lowdermilk & Perry (2008) referem que mesmo numa gravidez normal o Enfermeiro deverá estar atento a sinais e sintomas de alerta, bem como a potenciais problemas de parentalidade, culturais e sociais. Northrup (2009) acrescenta ainda que os cuidados e a educação de qualidade durante a gravidez evitam problemas dispendiosos mais tarde.

O SUOG foi uma oportunidade para o desenvolvimento de competências técnicas e relacionais, pois, decorrente da situação de risco/desconforto surge a necessidade de proporcionar apoio à grávida/família que experiencia uma situação de risco. O EEESMO tem um papel central de ajuda à Pessoa no encontro **de significado da sua desarmonia** (Watson, 2002b), uma vez que uma complicação na gravidez poderá acarretar preocupação e ansiedade. Assim, posso referir que consegui alcançar o objetivo inicialmente proposto, devo salientar que ao longo da ER a autonomia para realizar a triagem, bem como a tomada de decisão sobre que

cuidados que prestei foram aumentando gradualmente. Nomeadamente na capacidade de gerir uma triagem rápida e adequada (por vezes o fluxo de mulheres era grande, sendo necessário uma triagem de situações de urgência) com as necessidades individuais das mulheres, com por exemplo educação para a saúde/apoio emocional.

**2.2 - Objetivo 2** -Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais nos cuidados de Enfermagem especializados à mulher e Pessoa significativa, nos diferentes estadios de Trabalho de Parto, otimizando a saúde do feto e parturiente

Tal como a OE (2011) descreve no regulamento de competências específicas do EEESMO, este é o profissional com mais capacidade para cuidar a mulher que vivencia processo de saúde/doença durante o TP e parto. Este ER foi essencial para desenvolver esta competência específica.

Durante este estágio tive oportunidade de realizar **72** acompanhamentos de mulheres em TP e **41** partos eutócicos. Como já referido no subcapítulo anterior, a colheita de dados é realizada pelo EEESMO do SUOG. Porém, ao entrar na sala de partos o EEESMO responsável procede ao acolhimento, apresentado o espaço físico e a equipa. São explicadas algumas normas de funcionamento (telemóvel desligado, condições de entrada e saída de acompanhantes) e o espaço físico (utilização do WC, botão da campainha para solicitar presença de profissional, apresentação da unidade do RN). Como estudante do CMESMO é fundamental explicar que os cuidados serão prestados por estudantes de especialidade de saúde materna e obstetrícia, pelo que pode ser necessário estar presente outro profissional (EEESMO) que oriente alguns cuidados. Neste momento é questionado à parturiente se se dispõem a ser cuidada por mim. Isto garante um consentimento informado, atendendo assim ao Artigo 84º do Código Deontológico do Enfermeiro sobre o dever de informar (OE, 2003).

No momento de acolhimento o EEESMO do SUOG/sala de indução transmite a informação mais pertinente que posteriormente pode ser confirmada/consultada no processo do utente, consulta do BSG e/ou completada com informação fornecida pela parturiente/família ou consulta de valores analíticos/ecográficos. Era também

averiguado se a mulher tinha plano de parto. O plano de parto surgiu como forma de melhorar a comunicação da mulher com a equipa de saúde (Lothian 2006), sendo uma forma de expressar desejos e, possibilita aos profissionais potenciar ambientes que proporcionem às mulheres terem os partos que elas querem (Lothian, 2006; Schwartz, 2010). Quando escrito encoraja a mulher a clarificar os seus desejos e expectativas, a conhecer as suas crenças e a ter acesso à melhor evidência sobre cada decisão (Kaufman, 2007). No entanto, foi possível constatar que apenas um pequeno número de mulheres apresentava plano de parto. No grupo de mulheres que não apresentava plano de parto, era avaliado a cada momento a expectativa que cada mulher tinha em relação ao seu parto. Nas mulheres que apresentavam plano de parto era abordado cada desejo da mulher e informada sobre eventuais alterações se a evolução do parto o requeresse, tal como defende a FAME (2009).

Logo após o acolhimento ou durante o acolhimento, era avaliada a situação, de modo a compreender o **bem-estar materno-fetal**. Segundo a WHO (1996), o bem-estar materno-fetal implica a monitorização fetal (características do líquido amniótico e monitorização fetal intermitente ou contínua e externa ou interna) e avaliação das necessidades emocionais e físicas da mãe (monitorização da temperatura, frequência cardíaca, tensão arterial, ingestão de líquidos, características das micções, necessidade de suporte, avaliação do desconforto) indo ao encontro de que Watson (2002) descreve como bem-estar: harmonia na mente, corpo e na alma.

Em alguns casos era realizada no momento da admissão a cervicometria, avaliação das características do feto (postura, atitude, posição, apresentação e situação), estado das membranas amnióticas e ainda avaliada a adequação da pélvis materna à passagem do feto. Segundo Enkin et al (2005) a avaliação da dilatação cervical é a medida mais exata para avaliação do progresso do TP. Esta avaliação é realizada em cm (de 0 a 10 cm. Sendo 0 cm quando o colo do útero se encontra fechado e 10 cm com dilatação completa).

Alguns autores defendem que a cervicometria seja realizada de modo a identificar a progressão do TP e identificar precocemente possíveis problemas, porém não devem ser mais frequentes do que o estritamente necessário (Enkin et al,

2005; FAME, 2009; Chapmen & Charles, 2013), pois é sentido como uma invasão de privacidade e intimidade o que pode levar a um aumento da ansiedade (FAME, 2009). Tendo sido, por isso, meu cuidado explicar em que consistia o exame, informar que poderia ser desconfortável e que poderia ser interrompido se desejasse. Também era explicado que poderia ser necessário que o EEESMO orientador confirma-se a minha observação, sendo por isso necessário repetir o exame, pois no início do ER, a cervicometria e avaliação das características fetais era uma técnica que tinha muita dificuldade em realizar. Porém, ao longo do estágio foi possível compreender melhor as estruturas que ia encontrando e a avaliação ia-se tornando mais fácil. Sendo que ao longo do ER, a Enfermeira orientadora foi permitindo espaço para a realização autónoma desta intervenção, e no final ter conseguido sem dificuldades realizar a cervicometria.

Os dados obtidos pela cervicometria eram então registados no partograma e realizados registos de evolução em diário de enfermagem.

Após o acolhimento e avaliação do processo clínico era informada a parturiente sobre as diferentes opções e tomada uma decisão.

Em alguns casos era sugerida auscultação intermitente (com ultrassom portátil) sendo que WHO (1996) recomenda que a auscultação intermitente deva ser realizada a cada 15-30 minutos durante o 1º estágio de TP e a após cada contração no 2º estágio de TP, por sua vez a FAME (2009) recomenda realizar a auscultação da frequência cardio-fetal durante pelo menos 60 segundos a cada 15 minutos no período de dilatação e a cada 5 minutos no período expulsivo. Graça (2010) refere que esta monitorização é realizada no primeiro estágio do TP com intervalos máximos de 30 minutos nas parturientes de baixo-risco e com intervalos de 15 minutos nas parturientes de médio/alto risco; no segundo estágio os intervalos deverão ser de 15 minutos, no primeiro grupo, e 5 minutos no segundo grupo. Na minha prática enquanto estudante EEESMO, segui as linhas orientadoras da FAME (2009). A EEESMO orientadora permitia que tivesse autonomia de decisão, desde que fundamentado com teoria. Ao ter acesso a diversas opções, permite escolher a metodologia com a qual me identifico e com a qual sinto mais segurança. A

disponibilidade da EEESMO orientadora permitiu não só procurar diversas fontes teóricas, como assumir autonomia pelas decisões tomadas.

Ao ser sugerida a auscultação intermitente isto permitia à parturiente utilizar o duche com medida não-farmacológica do alívio da dor, bem como ter maior possibilidade de deambulação na box. Algumas mulheres concordavam e sentiam muito satisfeitas com a possibilidade de utilizar a água e a bola de Pilates. Evitando assim o confinamento à cama. Segundo Enkin et al (2005) as mulheres que adotam um posição vertical (em pé, sentadas ou a caminhar) têm em média trabalhos de parto mais curtos que as mulheres que permanecem deitadas, utilizam menos analgesia farmacológica e é menos necessário o recurso aos ocitócicos para estimular o parto.

Em outras situações era sugerido a monitorização cardio-fetal contínua (foi ainda possível realizar 2 monitorizações cardio-fetais internas). Estas situações prenderam-se com diferentes razões. Em algumas situações esteve relacionado com o fato de iniciar ocitocina, num caso específico por apresentar hipertensão severa. Segundo a NICE (2014) estas são situações em que está altamente recomendado a monitorização cardio-fetal contínua.

Em outras situações a monitorização cardio-fetal contínua foi sugerida por ter sido detetada alterações da FCF. Isto é, em algumas parturientes em que foi sugerido inicialmente auscultação intermitente, após uma diminuição da FCF foi necessário proceder à monitorização contínua. Segundo a NICE (2014) a FCF situa-se entre 110-160 bpm. Porém, segundo estas mesmas *Guidelines*, se a monitorização cardiotocográfica iniciar-se por preocupações decorrentes na auscultação intermitentes, e se o traçado cardiotocográfico apresentar-se “normal” poderá ser retomada a auscultação intermitente. Porém em algumas situações isto não ocorria, em parte porque a equipa não ficava tranquila, e, tal como refere Chapman & Charles (2013) as EEESMO continuam a confiar na monitorização contínua, com receio de perder um evento patológico da FCF.

No entanto, mesmo iniciando monitorização cardio-fetal e apesar de comprometer a mobilidade mulher, esta era convidada a adotar posições



verticalizadas (deambular junto ao CTG ou sentada na bola de Pilates), se e quando possível. As situações onde isto acontecia era quando as membranas apresentassem-se intactas, se após rutura das membranas a apresentação estivesse encravada, e se o estado fetal se apresenta-se tranquilizador (Lowdermilk & Perry, 2008).

Para além de permitir a progressão do TP, a mobilização promove o alívio do desconforto durante o TP. Na verdade, a maior parte das mulheres sente dor durante o trabalho de parto (WHO, 1996), esta dor, no primeiro estadio, é inerente ao processo de apagamento e dilatação do colo do útero (OE, 2013 e Lowdermilk & Perry) e devido à isquémia uterina. Esta dor, denominada de visceral, é localiza-se na porção inferior do abdómen irradiando para a região lombo-sagrada; cristas ilíacas; região glútea e coxas (Lowdermilk & Perry, 2008). Watson (2002b) refere que o **processo de cuidar** engloba o conhecimento e o significado da situação para a Pessoa, assim importa conhecer o significado da dor de parto para cada parturiente, como conhecer as estratégias de alívio da dor que querem utilizar, pois pode ser determinante na satisfação da mulher em relação ao parto, bem como ser **coparticipante** na capacidade da mulher conseguir suportar a dor de acordo com as suas expetativas (Lowdermilk & Perry, 2008).

Sendo que cada mulher tem as suas próprias estratégias para lidar com a dor, ao EEESMO compete ajudá-las a encontrar o melhor modo de suportar a dor durante o trabalho de parto (WHO, 1996). Assim tal como refere Watson (2002b) é importante conhecer a Pessoa, saber as suas forças e limitações a ajudá-la a **transcender-se**. Através de uma abordagem não farmacológica, é possível incluir técnicas que permitem melhorar a sensação física e percepção da dor na sua componente psicológica e emocional. As medidas farmacológicas e não farmacológicas, quando usadas concomitantemente aumentam o alívio do desconforto e permitem uma experiência de parto mais positiva. As intervenções farmacológicas podem ser utilizadas à medida que o trabalho de parto progride e o desconforto aumenta. Ao combinarmos medidas farmacológicas e não-farmacológicas aumentamos e potenciamos assim o efeito analgésico (Lowdermilk & Perry, 2008).

Algumas das técnicas não farmacológicas de alívio da dor são explicadas e trabalhadas durante os cursos de preparação para o parto e parentalidade, porém nem todas as mulheres optam ou frequentam estes cursos, tal como foi verificando no decorrer do ER, pelo que se torna importante ensinar técnicas durante o TP (Lowdermilk & Perry, 2008). Os momentos entre as contrações eram os mais favoráveis para explicar o procedimento e, durante a técnica, ajudava na execução do mesmo. Quase sempre pedia a colaboração do acompanhante, envolvendo-o assim no processo do nascimento. Esta presença durante os momentos de desconforto tinha também como intuito promover suporte físico e emocional à parturiente.

Algumas das técnicas de alívio da dor incluíam as técnicas de respiração (que no primeiro estadio do TP favorecem o relaxamento dos músculos abdominais e músculos da região genital), massagem na região sagrada (ela é utilizada para distrair a mulher da dor causada pela contração e era ensinada ao acompanhante) (Lowdermilk & Perry, 2008), utilização da água (promove um relaxamento generalizado do corpo e promove a libertação de endorfinas e oxitocina), deambulação, posições verticais e utilização da bola de Pilates (as posições verticais reduzem a intensidade da dor) (Chapman & Charles, 2013) e foi ainda possível aplicar outros métodos como o Reiki, conforme será aprofundado no subcapítulo 2.5.

A maior parte das parturientes, após devidamente esclarecidas optavam por realizar analgesia epidural o que não invalidava a utilização de outras técnicas (técnicas de respiração, deambulação quando a sensibilidade era restaurada após analgesia epidural e o Reiki). Assim, após solicitação da parturiente, era avaliada a necessidade de proceder à cervicometria, uma vez que segundo normas do serviço a colocação de cateter de epidural ocorre após os 3 cm de dilatação do colo do útero e por outro lado para avaliar se o benefício de realizar analgesia epidural sobrepõe-se ao risco (no caso por exemplo de apresentar uma dilatação superior a 8 cm ou trabalhos de parto que estejam a evoluir muito rapidamente). Segundo Graça (2010), a analgesia loco-regional é uma das técnicas mais eficazes no alívio do desconforto e com menos efeitos secundários a nível materno-fetal, apresentando, segundo

Lowdermilk & Perry (2008) vantagens: um bom nível de relaxamento, a parturiente mantém-se cooperante, a dose de analgesia pode ser ajustada para manter a atividade motora dos membros inferiores ou se necessário realizar um parto instrumentalizado ou episiorrafia. Porém continuam a existir algumas desvantagens (pirexia, hipotensão, lombalgias, cefaleias, punção acidental da dura-máter, parestesias, diminuição da mobilidade, aumento do tempo de TP, aumento das situações de mal posições fetais, mais necessidade de administração de oxitócicos e aumento do trauma perineal por aumento de partos instrumentalizados) e necessitam ser transmitidos as vantagens e desvantagens às parturientes (Lowdermilk & Perry, 2008; Chapmen & Charles, 2013) para que façam uma escolha consciente.

Após a decisão informada da parturiente procedia-se ao contato com o médico anestesista e procedia-se à preparação do equipamento para proceder à colocação do cateter de epidural, bem como providenciar um acesso intravenoso garantindo um aporte adequado de Lactato de Ringer de modo a diminuir a incidência de hipotensão (Chapmen & Charles, 2013). A administração de fluídos via intravenosa de forma rotineira neste serviço não é realizada, tal como recomendada pela WHO (1996). Eventualmente pode ser sugerido à parturiente a canalização de um acesso venoso periférico que ficará obturado e será utilizado se necessário, como no caso de colocação de cateter epidural, porém a WHO (1996), recomenda que esta prática profilática seja eliminada. Em uma situação a utente recusou esta técnica, tendo sido como tal respeitada na sua escolha.

Na chegada do médico anestesista ao Bloco de Partos era importante ajudar a parturiente a adotar o posicionamento mais correto (sendo que no serviço a posição utilizada é a posição sentada) e procedia ao incentivo a manter a mesma postura durante o procedimento. Após a realização da analgesia epidural são necessários alguns cuidados específicos, nomeadamente a avaliação da frequência cardíaca e pressão arterial materna a cada 5 minutos durante um período de 15 minutos. Realizar monitorização cardio-fetal externa pelo menos durante 30 minutos, incentivar a mulher a alterar frequentemente decúbito e evitar posições não supinas, incentivar a mulher a urinar espontaneamente ou proceder ao esvaziamento vesical

se necessário, pois a retenção urinária resultante da epidural (bem como uma bexiga cheia) impede a progressão do TP (Chapmen & Charles, 2013).

Tal como já mencionado anteriormente, neste serviço é utilizado o partograma. O partograma, segundo a FAME (2009), é uma ferramenta que permite avaliar a evolução do TP e ajuda a diminuir o número de intervenções desnecessárias. O partograma, segundo os mesmos autores, deve ser corretamente analisado tendo em conta vários fatores (sinais vitais maternos, dilatação e dinâmica uterina, bem como características fetais como a descida da apresentação, estado das membranas amnióticas e cor do líquido amniótico) e perante um parto com evolução lenta, é essencial manter medidas não invasivas como a alteração da posição/deambulação. Chapmen & Charles (2013) referem que o apoio contínuo do EEESMO de um para um, também ajuda a diminuir o tempo do TP. Durante o Estágio preenchi sempre corretamente esta ferramenta e consegui realizar a sua leitura de modo eficaz.

A avaliação da progressão do TP é essencial, pois segundo a WHO (1996) existe uma relação entre trabalho de parto prolongado e *outcomes* maternos/fetais indesejados. Por esse motivo foi essencial manter uma atitude preventiva, como por exemplo permitir o apoio contínuo da pessoa significativa durante o TP, incentivar à deambulação e realizar uma avaliação correta da cervicometria pois pode induzir a uma interpretação de distócia de progressão (WHO, 1996; Enkin et al, 2005; Chapmen & Charles, 2013).

Algumas das causas apontadas por Chapmen & Charles (2013) são a má posição fetal, ou má apresentação, desproporção feto-pélvica, anomalias pélvicas, alterações cervicais (como situações decorrentes de cirurgia cervical), analgesia epidural, hormonas de stresse causadas pela ansiedade, ambiente não acolhedor, medo. Porém quando o EEESMO é confrontado com uma alteração no partograma pode ter de realizar algumas medidas mais interventivas como amniotomia e/ou administração de oxitocina. Estas intervenções precisam de ser informadas à parturiente. O EEESMO deve então esclarecer que a amniotomia/oxitocina irá acelerar o TP, porém poderá aumentar a dor e o risco de hiperestimulação uterina,

pelo que se recomenda iniciar monitorização cardio-fetal contínua (Chapmen & Charles, 2013), situações que foram contempladas na minha prática de cuidados.

A amniotomia ou rutura artificial das membranas pode também ser realizada para induzir o TP ou para permitir a monitorização interna da FCF quando a monitorização externa é difícil (Lowdermilk & Perry, 2008), bem como avaliar as características do líquido amniótico. Durante a execução da técnica de amniotomia é essencial que o EEESMO tenha em conta que a apresentação cefálica esteja encravada, isto é que o diâmetro biparietal do pólo cefálico alcance o estreito superior (limitado posteriormente pelo promontório e anteriormente pela sínfise púbica). É também essencial estar atento a situações em que estamos perante um hidrâmnios ou um feto de percentil baixo pois estes são fatores de risco de prolapso do cordão umbilical (Lowdermilk & Perry, 2008). Durante a ER foi possível realizar 2 amniotomias, e observei 2 amniotomias realizadas pela EEESMO, sendo que a EEESMO orientadora durante a sua prática, tinha o cuidado de apenas retirar os dedos do interior da vagina/colo do útero, após confirmação que não existia nenhum prolapso do cordão e tentando esvaziar parte do LA de modo a diminuir a incidência de prolapso do cordão umbilical, cuidado este que também foi realizado durante a minha técnica.

Após a RAM avaliava as características do LA (cor, consistência e cheiro), e mantinha a monitorização da FCF, tal como apontam Lowdermilk & Perry (2008), de modo a compreender como o feto reage a esta intervenção. Esta intervenção e características do LA eram registadas, bem como a hora a que foi realizado o procedimento, uma vez que após a rutura de membranas (artificial ou espontânea) o risco infeccioso aumenta, sendo necessário avaliar com regularidade a temperatura materna e as características do LA (Lowdermilk & Perry, 2008).

A administração de oxitocina era realizada após prescrição médica sendo administrada via intravenosa, através de uma diluição de 5 UI de oxitocina em 500ml de dextrose a 5%. A perfusão deverá ocorrer em bomba infusora a um ritmo inicial de 15ml/h, podendo aumentar-se segundo Graça (2010) 15ml/h a cada 30 minutos até que a contratilidade uterina seja regular, ou se o traçado cardiotocográfico apresentar algum sinal não tranquilizador. Graça (2010) refere que no caso de as

contrações ultrapassarem os 60 segundos de duração ou se se verificarem desacelerações da FCF, a perfusão oxitócica deverá ser interrompida.

No decorrer da ER foi possível assistir/responsabilizar-me por situações destas, tendo procedido conforme o preconizado por Lowdermilk e Perry (2008) isto é, o EEESMO deverá modificar a posição materna, corrigir hipotensão através de fluídoterapia, administrar oxigénio por máscara a 10 a 12L/min, e informar a equipa médica e proceder ao correto registo caracterizando o traçado cardiotocográfico e as intervenções realizadas.

Após o processo de dilatação do colo do útero estar completo (10 cm), inicia-se a 2ª fase do TP, que irá culminar com o nascimento (Lowdermilk & Perry, 2008; Graça, 2010).

As orientações de 2015 da DGS foram importantes no sentido de uniformizar os procedimentos e orientar sobre o tempo no qual é seguro esperar pelo nascimento. Assim,

existindo contractilidade uterina regular, esforços expulsivos maternos adequados e evidência de bem-estar fetal e materno, a duração máxima deste período deve ser de 2 horas na nulípara e de 1 hora na múltipara; caso exista analgesia epidural em curso, estes máximos devem ser acrescidos de 1 hora. (DGS 2015, p. 2)

No decorrer do estágio esta orientação foi sempre tida em conta, acrescento ainda que o tempo da 2ª fase de TP situaram-se abaixo do estabelecido pela DGS. Apenas existindo um caso em que numa nulípara, com analgesia epidural, o tempo decorrente da 2ª fase de TP (com dinâmica uterina regular) situou-se nas 2h30 (mesmo adotando posição verticalizada), sendo que após este período comunicou-se à equipa médica para avaliar a situação. Em poucos minutos a parturiente teve um parto eutócico tendo sido, no entanto, necessário realizar (pelo médico) uma episiotomia extensa.

Sabe-se que não importa só a dilatação cervical para dar início aos esforços expulsivos, a descida da apresentação fetal também tem o seu papel. A pressão que a apresentação fetal exerce nos recetores elásticos do pavimento pélvico, é essencial para dar início aos esforços expulsivos. Esta estimulação origina um aumento na produção de ocitocina e consequentemente da intensidade das

contrações, traduzindo-se num *feedback* positivo ao intensificar a necessidade de realizar esforços expulsivos.

Assim, podemos dizer que o facto de a parturiente se encontrar com dilatação cervical completa, não implica que sinta necessidade de iniciar os esforços expulsivos. Tal como a FAME (2009) refere, esta fase é designada de fase primária, não expulsiva ou de descanso, e, acrescenta, que não há evidência científica que sustente a necessidade de iniciar esforços expulsivos nesta fase ou, antes das 2 horas de descida passiva da apresentação fetal.

No decorrer da ER, foi possível proporcionar às parturientes estes cuidados. Isto é, permitir que o início dos esforços expulsivos fosse voluntária. Porém, em algumas situações foi possível compreender (nomeadamente nas mulheres sob analgesia epidural) que as mulheres não conseguiam reconhecer a necessidade de iniciar os esforços (mesmo com a apresentação fetal num plano de Lee de 0 ou +1), ou estes não eram eficazes. Chapman & Charles (2013) referem que no caso das parturientes com epidural, estas poderão precisar de mais orientação. Assim, durante a minha prestação de cuidados e apesar de esperar que a mulher tivesse urgência em iniciar esforços expulsivos, quando existia 2h de descida passiva (em nulíparas) informava, orientava e esclarecia sobre como realizar os esforços.

Apesar da manobra de Valsalva aparecer descrita em alguns livros, e apesar de ainda se continuar a utilizar, pois, segundo Enkin (2000) resulta num período mais curto do 2º estágio do TP, a verdade é que podem conduzir a efeitos negativos, nomeadamente a hipoxia fetal. Esta hipoxia é o resultado de uma diminuição da perfusão útero-placentária decorrente do aumento da pressão intratorácica e da interrupção da respiração. (Enkin, 2000; Lowdermilk & Perry, 2008, FAME, 2009). Perante isto o mais adequado é permitir os esforços expulsivos espontâneos, isto é: “3 a 5 puxos expiratórios curtos (4 a 6 segundos) com cada contração e com a glote aberta”. (FAME, 2009).

Chapman & Charles (2013) referem que o suporte verbal durante esta fase é competência do EEESMO, e, referem que instintivamente a maior parte das *midwives* sabem realizá-lo, devendo falar suavemente, dando pequenas explicações

e elogiar o quanto a mulher está a fazer bem. Refletindo um pouco no que os autores referem, posso referir que inicialmente senti dificuldade neste cuidado, pois tinha dificuldade em compreender como orientar a parturiente. Esta situação foi aos poucos tornando-se mais confortável, pois comecei a destrinçar o que são ou não esforços eficazes e a reconhecer os movimentos cardinais do TP (encravamento, descida, flexão, rotação interna, extensão, rotação externa e expulsão) o que me ajudou a dar orientações à parturiente. No entanto, sinto que o fato de elogiar e falar num tom de voz suave fazia parte do meu cuidado.

Durante este período do trabalho de parto optei por utilizar palavras de forma restrita, e utilizando frases curtas e num tom de voz suave (por exemplo para oferecer água, pode só oferecer-se o copo ou questionar a parturiente: água? Tendo sido possível verificar que as mulheres respondem sobretudo de forma não verbal.) no momento em que a mulher está a realizar esforços expulsivos o tom de voz pode aumentar e ser mais orientação ou de incentivo, mantendo frases curtas: expressões como: “Muito bem”, “contínua”, “isso mesmo”. Segundo Gaskin (2007), algumas mulheres atravessam para o estado de dilatação completa, suavemente, outras mulheres podem necessitar de ajuda. A grávida pode emocionar-se (bem como antes ou depois). O pensamento racional pode abandoná-la e por momento pode pensar que não consegue. O EEESMO deve ajudá-la a ultrapassar esta fase, mantendo-se gracioso, saber exatamente em que fase a mulher está e explicar estas alterações do estado de consciência. Importa explicar este processo, pois segundo Gaskin (2007), não falar pode levar a mulher a ignorar o EEESMO. O mesmo autor refere que é essencial explicar que pode doer, mas que tudo está a correr conforme o esperado e que está a ser corajosa, refere ainda ser essencial guiar a mulher de modo tranquilo através do momento de êxtase do parto. Watson (2002b) menciona ser essencial ter conhecimento sobre como confortar, tendo conhecimento do comportamento humano e respostas humanas para problemas de saúde. Assim, ao saber como as parturientes em fase expulsiva podem passar por esse momento de “descontrolo”, o meu **processo de cuidar** tornou-se mais adequado.



Chapman e Charles (2013) referem ser importante manter uma voz calma dizendo-lhe exatamente o seu progresso. Algumas vezes possibilitava ao companheiro visualizar o pólo cefálico fetal (se esse fosse o desejo do casal), quando o companheiro visualizava o pólo fetal, estes mostravam-se muito entusiasmados e conseguiam transmitir essa emoção à parturiente. Chapman e Charles referem ainda que

a calm voice telling her she is nearly there, that she can do it, can help her through this most challenging of episodes. Try to minimize noise: the mother may sob, grunt, moan or even scream at the point of birth, but there is a big difference between a woman's need to cry out and the cacophony of shouting and exhorting that birth supporters sometimes create (...). Imagine the difference for the baby if it is born into a peaceful room, perhaps with its mother's or father's voice the first that it hears. (Chapman e Charles, 2013, p.29)

Um dos princípios do Reiki é exatamente: só por hoje sou calmo. Assim, podemos dizer que ao promover um ambiente calmo, estamos a proporcionar um ambiente com Reiki, isto é estamos a integrar no nosso cuidado como EEESMO o Reiki, promovendo assim bem-estar à parturiente.

Quando nos apercebemos que o parto está iminente, é importante preparar o material, assim efetuava a lavagem higiénica das mãos, era preparada a mesa de apoio com material estéril (duas pinças kocher, uma pinça de dissecação sem dente, duas tesouras curvas, porta-agulhas e compressas, campo de Mayo e campo estéril). Procedia à colocação da touca, máscara, protetor de sapatos, bata e luvas esterilizadas.

De modo a manter um ambiente mais assético era colocado o campo de Mayo sob as nádegas da parturiente. No entanto no local do estágio não está preconizado a colocação de pernas esterilizadas ou desinfeção do períneo, apenas realizando se estivesse visivelmente suja.

Efetivamente e como já mencionado anteriormente, a posição verticalizada permite que o período expulsivo seja mais curto, pois aumenta os diâmetros pélvicos e a ação da gravidade, permite a descida da apresentação fetal. Durante o estágio foi possível incentivar a parturiente a adotar posições verticalizadas (de cócoras, em pé, ou Gaskin modificado) durante o 2ºestadio do TP. Porém no nascimento em si,

em 100% dos casos a posição adotada foi a sentada/reclinada, não tendo a oportunidade de realizar nenhum parto em outra posição.

A orientadora do local de estágio em algumas situações realizava massagem do períneo, apesar de não ser recomendado pela NICE. Stamp, Kruzin & Crowther (2001) referem que a massagem perineal não diminui o trauma perineal ou a episiotomia, bem como dispareunia ou incontinência urinária, esta questão prende-se ainda pela questão de conforto da parturiente. Citando Northrup (2009, p.416) esta refere que sentia que estava a praticar uma violência para com as parturientes: “ «Não,» pensei eu, «não vou participar nesta violência. Isto é um abuso sexual do corpo de outra mulher e não o farei»”. Perante isto, e em diálogo com a minha orientadora, durante o estágio esta foi uma técnica que evitei utilizar. Após abordar a teoria e em diálogo com a orientadora, esta não foi uma técnica que a orientadora sentisse que tivesse que praticar, pelo que foi-me possibilitado autonomia para atuar de acordo com bases científicas. A possibilidade que foi dada pela orientadora foi importante não só para mostrar a minha relação com a teoria, mas também permitindo adquirir responsabilidade por uma intervenção mais “fisiológica”.

Com o surgimento da cabeça no introito vaginal, sugeria a mulher tocar a cabeça fetal, ou sugeria que visse com um espelho (vidro espelhado que existia na sala de partos), isto possibilita, segundo Chapman & Charles (2013), que a mulher ganhe ânimo e força para realizar os últimos esforços expulsivos.

Da minha experiência, algumas parturientes queriam tocar/ver, enquanto outras parturientes recusavam, indo assim ao encontro do que Chapman e Charles (2013) referem. Assim, creio que o importante é oferecer esta possibilidade à mulher e adequar os cuidados ao desejo de cada casal.

Em alguns casos foi necessário realizar episiotomia (15 no total o que corresponde a **36,7%** dos partos realizados). A episiotomia, segundo Graça (2008) deve ser realizada no momento em que a apresentação distende o períneo (em apresentações cefálicas), isto permite diminuir a extensão da incisão, bem como a hemorragia. Assim, no momento em que o polo cefálico coroa o períneo, o EEESMO deve introduzir o indicador e o dedo médio entre a apresentação e a parede vaginal

e com uma tesoura curva (de tecidos), realizar uma incisão de modo médio-lateral (sendo esta a mais utilizada na Europa). Os dedos do EEESMO servem de guia e proteção do polo cefálico. A incisão médio-lateral é realizada a um ângulo de 45° à linha mediana. Segundo Graça (2008) este tipo de incisão (em comparação com a mediana) é mais recomendada por diminuir as lesões a nível do esfíncter anal e do reto. A WHO recomenda, desde 1996, que uma taxa de episiotomia de 10% sem prejuízo para a mãe e recém-nascido é um valor adequado. Em Portugal segundo dados de Euro Peristat (2013) em cerca de 72,9% dos partos vaginais era utilizada episiotomia. Perante o nº de partos que realizei apresento um valor mais baixo do que a média nacional. Se bem que o meu objetivo é reduzir, no futuro o nº de episiotomias, tenho que continuar a procurar melhorar através de leitura sobre como prevenir; observando outros profissionais e adequando estratégias para prevenção de trauma perineal. As situações em que foram realizadas episiotomias foram em situações de suspeita de sofrimento fetal, e uma situação de períneo curto/possível risco de laceração extensa. Porém, segundo Pietras e Taiwo (2012) não existe um consenso sobre em que situações utilizar episiotomia, sendo importante avaliar e intervir de acordo com cada situação.

Segundo Chapman & Charles (2013) um ambiente de nascimento calmo e relaxado aparentemente reduz o trauma perineal, assim como o nascimento suave da cabeça lento e suave. Durante o Estágio utilizei a técnica de “*hands on*” (fazendo flexão do polo cefálico fetal e colocando a outra mão no períneo com alguma pressão, de modo a que o nascimento ocorra de forma controlada Chapman & Charles (2013)). Nos primeiros nascimentos em que prestei cuidados, questiono se esta técnica estava a ser bem realizada, pois o número de lacerações de 2º grau no início do ER era superior ao final do ER, onde ocorreram mais lacerações de 1º grau e períneos intactos. No total dos partos realizados tive 11 situações de lacerações de grau I (**26,83%**), 11 lacerações de grau II (**26,83%**) 1 laceração de grau III (2.43%) e 3 períneos intactos (**7.31%**).

Durante o estágio a técnica utilizada para o nascimento do corpo era de tração. Chapman & Charles (2013) referem que esperar até à próxima contração para que os ombros fetais rodem para ântero-posterior ajuda a reduzir o risco de

laceração perineal. Porém, esta técnica não era utilizada pela enfermeira orientadora por esse motivo não foi possível realizar, por outro lado considero que os profissionais ficam assustados/preocupados em esperar tanto tempo pela reconstituição, em parte pelo receio de estar perante uma emergência obstétrica, nomeadamente a distócia de ombros. Um estudo de 2014 revela que um dos maiores receios do EEESMO são as emergências obstétricas (Dahlen e Caplice, 2014).

Em relação à pesquisa do cordão umbilical foi uma manobra realizada em todos os nascimentos. Em apenas 1 caso foi necessário clampar e cortar o cordão antes do nascimento, em todas as outras situações de circular cervical, a técnica utilizada era de empurrar o cordão até ao ombro (pois não eram suficientemente largas para fazer a redução). Esta técnica parece-me simples de aplicar e eficaz, em relação à manobra de Somersault nunca tive hipótese de realizar.

No momento do nascimento do corpo, após alguma prática, e sempre que não havia uma expulsão do recém-nascido de forma precipitada, sugeria à mãe segurar o bebé e puxá-lo para si. Este era sem dúvida um dos cuidados que mais gostava de realizar, e as mães que tiveram hipótese de realizar demonstraram muita satisfação, além de promover um contato pele a pele precoce.

Em algumas situações foi identificado risco materno-fetal durante o trabalho de parto e parto, tendo sido necessário referenciar pois essas situações estavam para além da minha área de actuação, conforme competências do EEESMO descrita pelo Regulamento N.º127/2011. Assim, foi possível assistir e colaborar nesses nascimentos. Estes foram uma mais-valia não só para observar a técnica, como pela hipótese de colaborar no cuidado ao RN, em especial em partos distócicos. Assim, foi possível colaborar em 7 partos eutócicos realizados pelos médicos (entre eles um parto com apresentação pélvica), 7 partos distócicos com ventosa e 7 cesarianas. Tive ainda a oportunidade de assistir a um parto pélvico tendo sido uma oportunidade muito interessante, com a possibilidade de compreender as manobras realizadas para extração fetal, uma vez que a equipa médica foi explicando o procedimento à medida que iam procedendo à extração fetal.

O terceiro estadio do TP começa no nascimento e termina na expulsão da placenta. E nesta situação é possível optar por uma abordagem ativa, ou expectante. Durante o estágio a abordagem era sobretudo expectante. O corte do cordão ocorria entre o 3 e o 5º minuto (exceto numa situação em que foi cortado antes do nascimento e numa situação onde foi necessário reanimar o RN) e posteriormente desclampava-se o cordão na parte materna, de modo a drenar. Soltani, Poulouse, & Hutchon (2011) referem que esta técnica reduz o tempo do terceiro estadio do TP e reduz a perda sanguínea. Aguardava-se então pelos sinais de descolamento da placenta. Os sinais de descolamento da placenta são: contração firme do fundo do útero, saída súbita de sangue através do introito vaginal, aumento aparente do tamanho do cordão umbilical, placenta ou membranas visíveis na vagina ou uma necessidade da mãe fazer força ou sensação de contração uterina (Lowdermilk & Perry, 2008 e Chapman & Charles 2013). Se o tempo do nascimento até ao momento dos sinais de descolamento de placenta fosse superior a 30 minutos, então passava a uma abordagem ativa através da utilização da técnica de tração controlada do cordão e massagem uterina e em uma situação foi administrado uterotónico. A FAME (2009) refere que uma abordagem ativa comparativamente com uma atitude expectante diminui o risco de hemorragia pós-parto, menor perda de sangue e redução das transfusões sanguíneas, sendo que as EEESMO devem ter a competência de técnico-científica e capacidade de juízo crítico para o manuseamento ativo, sendo capaz de praticar tanto um processo fisiológico como um processo ativo. Assim, posso dizer que esta abordagem permitiu-me desenvolver competências nos dois sentidos, isto é uma conduta expectante e uma conduta ativa do processo de dequitação. Com a dequitação era realizada torção lenta e suave da placenta de modo a que ocorresse um descolamento integral de toda a placenta e membranas.

Numa situação vivenciada ocorreu retenção da placenta tendo sido necessário contactar a equipa médica, que procedeu à remoção manual da mesma. O casal foi posteriormente informado sobre fatores que deveria estar atento durante o período de pós-parto, nomeadamente risco infeccioso e hemorragia. Pois tal como refere o Regulamento N.º127/2011 (2011) o EEESMO concebe, planeia, implementa e avalia intervenções à parturiente em caso de retenção de placenta.

Após a dequitação (início do 4º estágio do TP) o útero era avaliado para compreender se apresentava Globo de segurança de Pinard formado e se havia perda de sangue anormal. Após a expulsão da placenta era administrado um uterotônico (oxitocina) no sentido de controlar hemorragia (ocorreu numa situação) ou para garantir o tônus uterino (OE, 2015).

Posteriormente procedia ao exame da placenta, avaliando a integridade das membranas e cotilédones, malformações da placenta, nº de vasos sanguíneos do cordão umbilical e a sua inserção na placenta. Nesta fase questionava o casal sobre o desejo de observar a sua placenta. Alguns casais recusavam, outros demonstravam muito interesse. Ao mostrar a placenta, explicava a sua função e mostrava por que elementos era constituída.

Se o RN se apresentasse bem e durante o período de espera da dequitação poderia ter duas atitudes, ou ia inspecionado a mucosa vaginal/períneo para antever a necessidade de suturar, ou permitia espaço para o casal interagir com o RN. Recordo-me particularmente de uma aula de saúde materna da licenciatura em que se falou da necessidade de os profissionais afastarem-se um pouco daquele momento a três. Era importante que os pais conhecessem o seu filho, interagissem com ele e vivessem aquele momento. Sinto que me apetecia fazer parte daquela experiência, daquele momento único na vida daquele casal, mas era essencial deixar aquele casal estar naquele momento. Aplicando assim uma intervenção com Reiki, isto é permitir ao casal estar no agora. Uma frase chave do Reiki é: “só por hoje”, que tem como fundamento viver o momento presente. E como tal isso era potenciado no meu cuidado. Chapmen & Charles (2013, p. 30) referem isto mesmo: “Stand back: let her or her partner explore the baby to discover the sex; resist the urge to talk loud or take control unless it is clear that guidance is wanted. Feel free to smile a huge smile!”

Quando a mulher se encontrava preparada, era explicado a necessidade de inspecionar a vagina de modo obter consentimento e a colaboração da puérpera. Assim, cuidadosamente era inspecionada o períneo e vagina para identificar lacerações, a sua localização, extensão e profundidade, e no caso de episiotomia, identificar o local do vértice. Se a puérpera tivesse cateter de epidural e se houvesse

manifestação de dor, era administrada analgesia via cateter de epidural (no caso de inexistência de cateter de epidural) ou era realizada anestesia local, através de uma infiltração no local de sutura com lidocaína a 2%. Posteriormente preparava o material de sutura adequado ao tipo de lesão. O material era composto sempre por um fio de polyglactin 910 – Vicryl Rapid®- do tipo 0 (para a pele) e 2/0 para a mucosa vaginal. Este tipo de material permite sentir menos dor perineal e consequentemente menos uso de analgesia, ocorre menos deiscências e necessidade de resuturar (Graça, 2008; Chapman e Charles, 2013). A técnica asséptica era assegurada através da limpeza do períneo e colocado um pano esterilizado por baixo das nádegas da puérpera, bem como a utilização de luvas e bata esterilizada. A sutura era iniciada a cerca de 1 centímetro acima do vértice da lesão (episiotomia ou laceração) e o encerramento da mucosa vaginal era realizado com sutura continua até à fúrcula. Seguidamente era suturado as fibras musculares, com pontos simples e posteriormente era suturada a pele com pontos Donatti. No início do estágio tive muita dificuldade em realizar a técnica de sutura, que foi sendo ultrapassada ao longo do estágio, em parte por ter adquirido material de sutura e ter treinado em casa a técnica. Esta foi sempre uma grande preocupação, pois tal como Chapman e Charles (2013) referem existem problemas a longo prazo relacionados com uma má técnica de reparação das lesões do períneo: problemas físicos, psicológicos e sociais. Mas apesar de o tempo que demoro atualmente a realizar uma sutura ainda ser bastante, considero que com a experiência futura será ultrapassado.

Após a execução da técnica, a vagina e o períneo eram novamente avaliados de modo a detetar outras lesões e para verificar se todas as estruturas foram corretamente suturadas. O útero era novamente avaliado para verificar se o globo de segurança de Pinard estava formado e avaliava novamente as características da perda sanguínea. Por fim era proporcionado medidas de conforto à puérpera: higienização da zona perineal, troca de roupa e mudança dos lençóis da cama. No momento da sutura ou posteriormente (consoante a disponibilidade do casal) eram realizados ensinamentos sobre os cuidados a ter com o períneo, nomeadamente cuidados de higiene com água e sabão (com pH neutro) após a eliminação vesical ou intestinal, mudança frequente do penso higiénico, uso de roupa interior de algodão e

medidas de alívio da dor (aplicação de gelo tópico e o recurso a apoios como almofada/boia). Se as condições da puérpera fossem favoráveis era oferecido alimentos, chá ou água.

O casal permanecia durante 2 horas na sala de parto até transferência para o puerpério, neste momento era realizado registos em diário de enfermagem, no partograma e no boletim de saúde de grávida.

Decorrente de toda a experiência, considero que consegui atingir o objetivo inicialmente proposto. No entanto, acrescento que esta é uma área muito exigente e que exige conhecimento atualizado, técnica, disponibilidade e competências relacionais eximas, pelo que será importante continuar a aperfeiçoar todos estes elementos. Não é pois um fim, mas o início de um caminho de aprendizagens.

**2.3 - Objetivo 3** - Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais nos cuidados de Enfermagem especializados ao recém-nascido e família, promovendo a adaptação à vida extrauterina e à deteção precoce de complicações.

A passagem do recém-nascido para a vida extrauterina implica um conjunto de alterações biológicas profundas que permitem uma transição eficaz. O EEESMO tem um papel fundamental durante este momento, ajudando o RN a adaptar-se e apoiando a mãe e família neste processo (Lowdermilk e Perry, 2008). De modo a que o cuidado fosse adequado, era avaliado o processo clínico da mãe e a cada momento do TP avaliava as possíveis implicações numa transição para a vida extrauterina que necessitasse de maior cuidado (por exemplo LTM ou desacelerações repetidas). Esta avaliação era então transmitida à equipa, nomeadamente à enfermeira generalista responsável por acolher o RN após o nascimento, e/ou eventualmente ao pediatra. Apesar de ser a Enfermeira generalista a enfermeira responsável pela preparação do material de apoio à reanimação do RN, tinha o cuidado de avaliar se este estaria pronto e operacional. Em situações de partos distócicos ou de partos assistidos, foi possível ficar responsável pelo acolhimento do RN, ou colaborar com o pediatra no acolhimento do RN.

Nos partos eutócicos que realizei, logo após o nascimento, procedia a uma avaliação imediata do recém-nascido implementando medidas de suporte na



adaptação à vida extra-uterina, conforme refere o Regulamento N.º127/2011 (2011). Assim, o cuidado essencial era garantir a permeabilização das vias aéreas. Realizava uma limpeza com compressa das secreções da boca e nariz (FAME, 2009), não sendo no entanto realizado aspiração da orofaringe. Ao 1º e 5º minuto de vida, avaliava o Índice de Apgar (frequência cardíaca, frequência respiratória, tônus muscular, irritabilidade reflexa e coloração da pele). Este índice permite determinar a necessidade de reanimação do RN. (Lowdermilk & Perry, 2008). Em um caso o IA ao 1º minuto foi de 2 (com necessidade de reanimação, nomeadamente através de ventilação por pressão positiva). Nesta situação nada fazia prever que a adaptação do RN fosse difícil, pelo que foi necessário agir com destreza e rapidez de raciocínio garantindo que o RN fosse transferido para a mesa de reanimação. Assegurando a reanimação do recém-nascido em situação de emergência conforme refere o Regulamento N.º127/2011 (2011). Posteriormente informei a família do sucedido e expliquei as nossas intervenções. Procedeu-se ainda ao contacto com o médico pediatra de serviço de modo a que observasse o RN.

Quando o nascimento ocorria e se o RN apresentasse bem-estar, o contacto pele a pele precoce com a mãe era promovido. Este cuidado permite manter uma temperatura ideal para o RN e favorece a vinculação entre mãe e filho (Lowdermilk & Perry 2008, FAME, 2009). O RN era seco e colocava-se um lençol aquecido sobre o recém-nascido e mãe, evitando assim a perda de calor do RN. O Stress por exposição ao frio pode levar a problemas metabólicos e fisiológicos, nomeadamente Síndrome de dificuldade respiratória (Lowdermilk & Perry, 2008). Por este motivo mantinha-se o contacto pele a pele e troca do lençol quente, o número de vezes suficiente para manter o bem-estar do RN. Ainda sobre o abdómen da mãe, era colocada pulseira de identificação ao RN e uma outra pulseira com o mesmo nº de identificação na mãe. O clampeamento do cordão foi realizado habitualmente após o cordão deixar de pulsar ou aos 3-5 minutos após o nascimento. Uma RSL da Cochrane refere que os benefícios de um clampeamento tardio para o RN são importantes, nomeadamente maior concentração de hemoglobina e maior reservas de ferro até aos 6 meses após o nascimento (McDonald & Dowswell, 2013).

Apenas em alguns casos particulares foi realizado o clampeamento precoce, nomeadamente na situação em que foi necessário proceder à reanimação neonatal ou quando foi necessário realizar colheita de sangue para células estaminais.

Ainda relativamente ao corte do cordão, o pai/acompanhante ou a mãe eram questionados sobre se gostariam de ser os próprios a cortar o cordão umbilical. Brandão (2009) refere que quando o corte do cordão umbilical é realizado pelo pai, existe uma melhoria significativa no envolvimento emocional. Pelo que este cuidado era algo que fazia questão de promover.

De forma geral, o exame objetivo do RN era realizado no abdómen da mãe, de modo a garantir o maior tempo possível em contacto pele a pele, ou era então realizado no berço/mesa de reanimação que se encontrava na sala de parto, permitindo assim o contacto visual dos pais com o RN. Os procedimentos eram explicados aos pais. Durante a observação do RN, era avaliado a cabeça, face, olhos, orelhas, nariz, boca, pescoço, tórax e abdómen, cordão umbilical, genitais, ânus, costas e as extremidades. Realizava ainda a pesquisa do reflexo de Moro, preensão palmar e plantar. Neste momento solicitava aos pais a autorização para realizar a avaliação do peso do RN.

Em duas situações foram identificadas alterações do RN, nomeadamente uma situação de hipospádia e num outro caso, uma possível lesão do plexo braqueal (após uma distócia de ombros). Chapman & Charles (2013) referem que o nascimento de um RN com um problema, pode levar a que a EEESMO sinta-se inútil e sem palavras. E os pais podem sentir-se sugestionados pelo modo como a informação é transmitida. Assim, os pais foram adequadamente informados da situação identificada e tranquilizados relativamente ao seguimento que iriam obter pela equipa de pediatria. O modo como o EEESMO consegue ser otimista sem ser irrealista é essencial para aceitar o bebé (Chapman & Charles, 2013). Posteriormente a equipa médica foi informada sobre a condição do RN.

A administração de vitamina K era realizada após consentimento dos pais, como tal os pais eram informados sobre o motivo da administração da vitamina K: como forma de diminuir o risco de doenças hemorrágica neonatal (FAME, 2009). A

vitamina era preferencialmente administrada ao colo da mãe (ou durante a amamentação). A administração era realizada de forma intramuscular, no músculo vasto externo (Lowdermilk & Perry, 2008).

O início da amamentação precoce foi sempre proporcionada, evitando que outros procedimentos se sobrepusessem à amamentação, como por exemplo avaliar o peso do RN. FAME (2009) refere inclusive que a amamentação deve ser considerada uma prioridade na distribuição dos tempos e atividades dos Enfermeiros. Assim, de preferência, a amamentação era realizada logo que o RN mostrasse sinais de prontidão e se a mãe estivesse disposta a iniciar amamentação (algumas mães optavam só por iniciar após terminar a perineorrafia). A mãe era apoiada no início da amamentação, incentivada e informada sobre a melhor posição para amamentar, era informada sobre os sinais de uma pega correta (e solicitava sempre que o pai ajudasse na observação dos sinais de boa pega), informava ainda de como avaliar uma amamentação eficaz.

Era comum as mães questionarem sobre como sabiam que o RN estava a mamar e se “tinham leite”. Explicava então às mães que um dos sinais de uma amamentação eficaz era a eliminação (fezes e urina) e aumento de peso do RN. Algumas mães apresentavam insegurança sobre o fato de produzirem ou não leite, tentava tranquilizar as puérperas e explicar que a sucção do RN era essencial para aumentar a produção, bem como a amamentação durante o período noturno. Neste momento, aproveitava para reforçar ou informar sobre os benefícios da amamentação tanto para a mãe - diminuição do risco de cancro de mama ovários e útero, facilitador da recuperação pós-parto, reforça a autoestima, como para o RN – promove a competência anti-infeciosa e imunoalergológica, previne a obesidade, a diabetes tipo 2, e melhora a competência intelectual (Levy, 2011).

No decorrer do estágio foi possível experienciar uma situação que trouxe várias aprendizagens. A situação em particular foi a identificação de uma complicação SDR e gemido do RN. Perante isto procedeu-se à monitorização do RN e contacto com a equipa de pediatria, que, após observação, optou por transferir o RN para o serviço de neonatologia. Foi assim necessário dar apoio à família após a comunicação da necessidade de transferência. Posteriormente foi promovido a

presença do pai durante o transporte do RN até à unidade de neonatologia, promovendo assim a vinculação e participação nos cuidados. Tive assim oportunidade de colaborar no transporte para uma unidade diferenciada, mantendo a responsabilidade da vigilância do bem-estar do RN durante o transporte. Saliento ainda a necessidade de apoiar os pais da gestão das emoções, após ter regressado ao bloco de parto. Chapman & Charles (2013) referem que não há uma maneira ideal de dar notícias, no entanto referem que há alguns cuidados importantes, e que no decorrer desta situação foram utilizados, como por exemplo manter a privacidade, ser honesta e evitando utilizar palavras técnicas, ser empático, personalizar a informação utilizando o nome do RN, permitir espaço para colocarem questões, transmitir esperança e assegurar o *follow-up* adequado.

Durante o estágio também foi possível cuidar RN leves para a idade gestacional e RN grandes para a idade gestacional, ou RN filhos de mães com diabetes. Nestas situações, segundo protocolo hospitalar, era necessário que ao fim de 2h de vida do RN proceder à punção do calcanhar para avaliação da glicémia capilar. Antes da punção os pais eram informados sobre o tipo de procedimento e motivo da sua realização, procedendo à técnica só após a autorização dos pais. Para realizar a técnica garantia que o pé do RN apresentava-se quente e a punção era realizada na face externa do pé, de modo a evitar os nervos plantares, os nervos medianos do calcanhar, e a artéria plantar lateral (Lowdermilk & Perry, 2008). Uma vez que é um procedimento que pode causar dor, era realizado preferencialmente ao colo de um dos pais. Em nenhuma das situações foi identificada hipoglicémia.

Após a prestação de cuidados ao RN, procedia ao registo da informação em diário de enfermagem e realizava a notícia de nascimento. Após a transferência para o puerpério, assegurava a transmissão de informação adequada à continuidade de cuidados.

Considero que o objetivo foi alcançado, tendo sido possível desenvolver várias atividades dentro deste âmbito. Tendo experiência como Enfermeira generalista em Bloco de Parto, esta foi uma mais-valia na consecução deste objetivo, porém, sinto que o meu cuidado teve um acréscimo, nomeadamente na consciencialização das implicações do bom seguimento da gravidez e condução do

TP no bem-estar do RN. Considero que tenho assim, um olhar mais alargado, com mais conhecimento e especializado.

**2.4 - Objetivo 4** - Desenvolver competências na prestação de cuidados de Enfermagem especializados à mulher e família, no puerpério imediato e promovendo a transição para a parentalidade.

Durante o período do puerpério imediato, o casal e o RN mantêm-se no Bloco de Partos. As primeiras 2 horas após o parto, considerado o 4º estágio do parto, são um tempo crucial para a mãe e RN. Este é o momento de recuperar do processo do parto, a recuperação dos órgãos maternos para o estado não gravídico, a continuação da adaptação do RN à vida extrauterina; mas é também um momento essencial para os pais conhecerem o seu filho, do início de uma ligação primordial (Lowdermilk & Perry, 2008).

Durante o estágio foi possível prestar cuidados a **62** mães/casais e RN em situação de puerpério imediato. O que me permitiu desenvolver competências especializadas da vigilância do bem-estar da puérpera e recém-nascido, bem como na promoção da transição da parentalidade

Assim, neste estadió era importante realizar a avaliação dos sinais vitais da mãe, avaliação do tônus uterino bem como as perdas hemáticas, e relacionar com a história de gravidez e TP, de modo a diminuir a incidência ou antecipar possíveis complicações pós-parto. No decorrer do estágio não se verificou nenhuma complicação, nomeadamente hemorragia pós-parto ou atonia uterina. Após verificação da estabilidade materna era fornecido alimentos, se estas desejassem.

Kitzinger (2005) refere que o ambiente em que o RN nasce, bem como a atitude dos profissionais é essencial para o bebé, para a mãe e para a relação entre eles. Ao longo deste relatório já foram descritas atividades que como EEESMO considero que promovem uma saudável transição para a parentalidade. Tal como já havia referido, um dos cuidados que possibilitava, sempre que possível, era que a mãe pudesse ajudar no nascimento do tronco do RN. O toque é a possibilidade de manter uma aproximação com o RN. E efetivamente as mães demonstravam muito

satisfeitas com este cuidado. Tal como refere Lowdermilk & Perry (2008) muitas mães querem, imediatamente após o nascimento segurar os seus filhos, e encostarem-nos ao peito. Ao promover o contacto pele a pele, e permitindo que este ocorresse o maior tempo possível, sem interrupções, também ajudava no processo de vinculação. Ao ter tempo com o RN, os pais podem explorar, conhecer e acariciar o RN. Outra vantagem é a possibilidade das mães sentirem o cheiro do RN e vice-versa. Ao manter um contacto pele a pele, existe um reconhecimento do cheiro (Lowdermilk & Perry).

Durante o estágio, em todos os nascimentos (exceto num caso que a mãe não optou por este cuidado), foi possível promover o contacto pele a pele precoce durante o tempo que os pais desejassem. Kitzinger (2005) refere que os novos pais não necessitam que lhes mostrem como estabelecer uma relação com o RN, eles precisam sim, sentir-se num ambiente familiar, que lhes seja dado o RN após o nascimento, e que os deixem tranquilos num ambiente privado. Ao ter em conta esta premissa o meu cuidado passava por sair da sala de partos após a mãe e RN estarem acomodados e ao sair dizer: “agora é tempo de namorarem os três”. Ao sair, o casal ficava a sós com o filho, podendo assim sentir que constituíram uma família (Kitzinger, 1984).

Alguns pais solicitaram que o RN fosse vestido de modo a que pudesse conhecer a família/irmãos que se encontravam na sala de espera. Considero que este cuidado era também importante, pois uma transição saudável requer não só uma adaptação dos pais ao RN, como um ajuste dos filhos mais velhos ao surgimento de um bebé e reestruturação da família mais alargada, nomeadamente os avós (Lowdermilk & Perry, 2008). Assim, ao EEESMO compete ajudar os membros da família a ajustar-se ao nascimento de uma criança e, como tal, ao permitir o contacto com a restante família, esta adaptação era assim iniciada precocemente. Era importante deixar os avós e irmãos explorar o RN e verem com quem era parecido. É neste período que a criança é identificada em relação às suas parecenças, diferenças e individualidade, sendo assim incorporado na família. (Lowdermilk & Perry, 2008).

Quase todos os pais têm desejo de aprender a realizar atividades que permitam cuidar do RN, nem sempre sendo fácil. Com o cuidado do EEESMO, através do ensino sobre temáticas como alimentação, vestir, mudança da fralda, posicionamento no berço, os pais tornam-se capazes (Lowdermilk & Perry, 2008). Durante o Estágio tive oportunidade de ajudar os pais a adquirir estas competências. Watson (2002b) refere que é essencial saber como dar resposta às necessidades dos outros, assim por exemplo em relação ao aleitamento materno, era proporcionado apoio dado à mãe, consciencialização da capacidade da mãe para amamentar, informando sobre o colostro e subida do leite, sinais de boa pega, horário de amamentação, sinais de prontidão. Sempre que possível, incluía os pais/acompanhante neste processo. Por exemplo, solicitava que o acompanhante observasse o RN a mamar e explicava os sinais de boa pega. Adequando cada cuidado à necessidade daquela família.

Habitualmente o RN é vestido na sala de partos após 1 a 2 h de contacto pele a pele, ou se os pais solicitarem. No entanto convidava sempre os pais/acompanhante a vestir o RN. Alguns pais recusavam, outros pais mostravam-se interessados, mas algo receosos, porém tranquilizava-os referindo que estaria perto deles para os ajudar. Se os pais recusassem, enquanto vestia o RN ia explicando como estava a proceder, aproveitando para explicar como realizar os cuidados de higiene dos genitais e cuidados com o coto umbilical. Durante o período em que os pais estavam a vestir o RN, algumas mães solicitavam que captasse o momento através de fotografia, criava assim uma memória de uma interação e a proximidade e interação são essenciais para desenvolver apego (Lowdermilk & Perry, 2008).

A promoção de interação entre pais e filhos é parte do cuidado de enfermagem (Lowdermilk & Perry, 2008), perante isto a minha intervenção incluía, a consciencialização dos pais para as competências de comunicação do RN. O RN tem competências de comunicação como por exemplo a capacidade de manter contacto visual, reagir ao tom de voz, afagar o peito materno enquanto mamam, segurar um dedo, distinguir o cheiro do leite materno e, ao alertar para estas competências, encorajando a desempenhar este novo papel, o Enfermeiro favorece o apego (Lowdermilk & Perry, 2008). As mães demonstravam muito contentamento

quando por exemplo alertava para o modo como o RN olhava para ela durante a amamentação e os pais emocionavam-se quando lhes sugeria para colocar o dedo na palma da mão do RN, para que este o agarrasse.

Durante este período de puerpério imediato, era ainda importante explicar e tranquilizar os pais em relação ao formato da cabeça do RN, a pele do RN (com lanugo, vernix ou acne miliar). Explicava que o formato do polo cefálico era importante para poder passar pelo canal de parto, mas que em 2 a 3 dias iria ficar com um formato mais redondo e informava sobre as características do RN nos primeiros dias. Isto era importante, pois tal como refere Lowdermilk & Perry (2008) os pais têm de reconciliar o bebé real com o bebé imaginado.

Considero que o consegui alcançar com sucesso o objetivo proposto, tendo sido interessante compreender a evolução dos meus cuidados, nomeadamente descentrando o cuidado da mulher/RN e alargando-o à família (irmãos, avós).

**2.5 - Objetivo 5** Aprofundar conhecimentos e desenvolver competências na aplicação do Reiki como intervenção integrada do EEESMO na promoção de bem-estar da grávida e parturiente, adequando esse cuidado aos diferentes contextos de ensino clínico

Sendo que este objetivo tem-me acompanhado desde o início dos ensinamentos clínicos (não somente durante o estágio com relatório) este subcapítulo contempla um enquadramento teórico sobre a temática do Reiki e a descrição das atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de ensino clínico e durante o estágio com relatório.

A escolha do Reiki como cuidado integrado do EEESMO, surgiu em parte porque tenho o 2º nível de Reiki, e ponderando os benefícios que trazia às pessoas a quem aplicava, considerei incluir este tema no meu projeto de estágio. Assim, o meu **campo fenomenológico**, a minha história, trouxeram o desejo de explorar esta temática tentando compreender como aliar o Reiki a novas competências como EEESMO. Por outro lado, enquanto iniciava a procura de informação sobre o Reiki nos cuidados de saúde, deparei-me com escassa informação. Identifiquei ainda que os Enfermeiros especialistas e generalistas utilizam o Reiki na sua prática de



cuidados, porém não divulgam. Depreendo que possa estar relacionado, em parte, pelo receio de serem “julgados” pelos seus pares ao “afastarem-se” dos métodos chamados de convencionais e que, deste modo, a medicina ocidental possa descredibilizar os seus cuidados. Assim, tal como refere de RCM (2014), sabendo que os profissionais utilizam na sua prática de cuidados, estes devem ser estudados, reconhecendo os seus benefícios e desvantagens de modo a que seja um cuidado adequado.

### 2.5.1 Revisão de Literatura

A procura constante da melhor evidência científica garantindo a melhoria dos cuidados é uma das competências comuns do EEESMO, definidas pela Ordem dos Enfermeiros no Regulamento n.º 122/2011 de 2011. Na área da Especialidade em Saúde Materna e Obstétrica um dos objetivos é que, com o mínimo de intervenções possíveis, parturiente e recém-nascido se mantenham saudáveis, e que isto seja compatível com a segurança (WHO, 1996). Para tal importa ter o domínio da fisiologia do parto, mas também uma harmonia entre os avanços tecnológicos e a qualidade das relações humanas. Watson (2002b) refere que fomos apanhados no pensamento cartesiano e no paradigma da ciência de controlo, rigor e de prática assética, no entanto, o mesmo autor, refere ser essencial continuar a integrar a ciência com a beleza, a arte, a ética e a estética do processo de cuidar do homem-pelo-homem, integrando a totalidade do que a Pessoa é.

Assim, ao permitir a evolução de um parto natural/normal possibilitamos reduzir as cascatas de intervenção (FAME, 2009). É impreterível que se faça um uso criterioso da tecnologia e das intervenções, para que estas não se tornem excessivas. Sendo que a assistência ao Parto Normal é da competência específica do EEESMO (Regulamento Nº127/2011, 2011), nomeadamente “... assume no seu exercício profissional intervenções autónomas em todas as situações de baixo risco, entendidas como aquelas em que estão envolvidos processos fisiológicos”, a utilização de medidas não farmacológicas e de terapias holísticas para promoção do bem-estar materno e fetal podem ser uma mais-valia na promoção da autonomia da mulher durante a gravidez e trabalho de parto, uma vez que pode potenciar a sensação de controlo (FAME, 2009).

Assim, de modo a dar resposta à minha pergunta de partida, recorreu-se à pesquisa bibliográfica, recorrendo à metodologia de RSL de maio de 2015 a julho de 2015, através da base de dados EBSCO: Cinhal e Medline. Deste modo a questão PICO de partida para este projeto é: *Como é que o Reiki pode ser integrado no cuidado especializado de enfermagem obstétrica (I) para a promoção de bem-estar (O) da grávida e parturiente (P)?*

Sendo que os descritores de pesquisa iniciais (palavras-chave) foram:

Reiki; Childbirth (parto); Pregnancy (gravidez); Midwifery (parteira/EEESMO).

Os critérios de inclusão e de exclusão foram os seguintes:

**Tabela 1** - Critérios de inclusão e exclusão dos artigos da RSL

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
✓ Artigos em língua portuguesa, inglesa e espanhola	✓ Artigos repetidos em duas bases de dados
✓ Estudos publicados entre 2010 e 2015	✓ Artigos que não se enquadrem no tema
	✓ Artigos pagos

Os resultados obtidos foram os seguintes:

**Tabela 2** - Resultados obtidos do número de artigos obtidos através da RSL

Fontes		Descritores / Palavras chave			
EBSCO <sup>h</sup> Ost	CINHAL Plus			Número de Artigos	Não se enquadra no tema
		"Reiki"	S1	466	
		"Childbirth"	S2	21173	
		MM"Pregnancy"	S3	3097	
		"Midwifery"	S4	26416	
		S1 AND S2 AND S3	S5	0	
		S1 AND S2	S6	1	
		S1 AND S4 AND S3	S7	0	
	S1 AND S4	S8	0		
	MEDLINE Plus			Número de Artigos	Apenas 1 Disponível em full texto [repetido ao CinhalPlus]
		"Reiki"	S1	646	
		"Childbirth"	S2	17340	
		"Pregnancy"	S3	791671	
		"Midwifery"	S4	29582	
S1 AND S2 AND S4		S5	4		
S1 AND S3 AND S4	S6	8			
Biblioteca		Periódicos			
		Livros			

A pesquisa bibliográfica, recorrendo à metodologia de RSL foi repetida a 3 de setembro de 2016, através da base de dados EBSCO: Cinhal e Medline, mantendo o mesmo resultado final: 1 artigo que estava disponível e que correspondia ao uso do toque terapêutico.

Dado que o único artigo disponível correspondia ao uso do toque terapêutico e não particularmente ao Reiki, recorreu-se a uma revisão narrativa de modo a compreender o Reiki e a sua aplicação como intervenção de enfermagem, deste modo optou-se por recorrer à biblioteca da ESEL e da APR e alguns artigos/revistas disponíveis.

#### 2.5.2 - Gravidez e Parto em relação às Terapias Complementares

A Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras e a Federación de Asociaciones de Matronas de España (2009) referem que há uma grande mudança sobre o processo de nascimento desde o último século, passando de um evento natural, normal e familiar para um evento e acontecimento médico. Referem ainda que o relaxamento pode promover tranquilidade e controlo e, consequentemente, diminuir a tensão muscular, podendo assim contribuir para uma menor perceção de dor. Apesar da evidência científica ainda ser muito pobre em relação às terapias complementares, e em particular ao Reiki, isto não implica que não sejam utilizados. Sabe-se inclusive que as mulheres no período perinatal recorrem a terapias complementares e que os Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica utilizam-nas na sua prática, mas importa conhecer bem os benefícios e riscos de cada terapia e receber treino adequado para a sua prática (RCM, 2014). Posso então considerar que por este motivo é importante compreender como é que o EEESMO pode integrar o Reiki no seu cuidado.

#### 2.5.3 - Concetualização do Reiki

O Reiki é considerado como energia universal. Uma energia que potencia a vitalidade, a humanização das emoções e proporciona que a mente abraque (Magalhães, 2015). Segundo a Associação Portuguesa de Reiki (2015), esta terapia é realizada através de um toque suave ou a uma curta distância da Pessoa. A

energia universal é então transmitida para as zonas que se apresentem mais necessitadas. É ainda sublinhado pela APR que o Reiki é uma terapia complementar coadjuvando outras medicinas e terapias, não substituindo nenhuma delas.

O National Center for Complementary and Integrative Medicine (2015) classifica o Reiki no âmbito das Terapias e Medicinas do campo da energética, sendo que o Reiki é um método holístico de conseguir harmonia entre os diferentes componentes do ser (físico, emocional, mental e espiritual) (Magalhães, 2015).

As Terapias Energéticas assentam na premissa que o homem para além do seu sistema físico e bioquímico tem um complexo sistema energético. Esta energia é definida no Japão como Ki (Hurwitz, 2001). A energia é permeável e flui. A física veio transpor a ideia ocidental de que a matéria é inerte. Antes pelo contrário, os componentes da matéria são partículas que emitem e recebem energia (Wager, 1996 citado por Hurwitz, 2001). Einstein traduziu este complexo sistema em  $E=mc^2$ , compreendendo a ideia de que num só átomo há um amplo reservatório de energia (Kaku, 2010).

O Reiki é em si um sistema de terapia holística enquadrada no campo da energia, tal como outros sistemas de terapia energética (como o toque terapêutico por exemplo). O método em si tenta promover a saúde do corpo e mente, usando a energia espiritual do universo (reiki), sendo que o método deveria ser chamado de modo completo de Usui Reiki Ryoho. O Usui Reiki Ryoho é um método de cura natural desenvolvido pelo Mestre Usui. Este método tem 5 princípios, sendo eles essenciais para o significado do Reiki, sem eles seria mais uma terapia energética, entre tantas outras (Magalhães, 2015).

Assim, os 5 princípios do Reiki são (Magalhães, 2015):

Só por hoje:

Sou calmo,

Confio,

Sou grato,

Trabalho honestamente,

Sou Bondoso.

Estes princípios são o alicerce de uma filosofia de vida, permitindo a elevação da consciência, ou tornando paralelo à teoria de Watson: transcendemo-nos. Para além destes 5 princípios, o Reiki tem por base 2 valores principais o amor incondicional e o bem supremo. Assim, a base do Reiki implica dar sem esperar receber. O bem supremo é a premissa de que o universo está em equilíbrio e que o que desejamos será sempre por um bem maior (Magalhães, 2015).

#### 2.5.4 - Reiki e cuidados de Enfermagem

O método Reiki tem como objetivo restabelecer o fluxo de energia vital, possibilitando assim o equilíbrio energético do corpo, bem como sensação de bem-estar geral (Magalhães, 2015). Watson (2002b) refere que para a Enfermagem, o propósito é ajudar as Pessoas a ganharem um grau mais elevado de harmonia na mente, corpo e alma, sendo assim, posso considerar que os objetivos são similares, tornando-se assim o Reiki um modo de alcançar o propósito de enfermagem. A OE (2014) refere mesmo que a integração de técnicas como o Reiki, desde que acompanhadas por formação e investigação científica podem ser uma mais-valia no processo de cuidar, sendo que o Enfermeiro que detenha competências em abordagens terapêuticas não-farmacológicas, deve recorrer a essas técnicas se trouxerem benefícios para a Pessoa e se esta o tiver consentido.

Alguns hospitais têm já incorporado o Reiki como Terapia Complementar, nomeadamente nos Estados Unidos - Hospital Hartford - e em Portugal, como o Hospital de São João ou o Hospital do Fundão (APR, 2015).

Alguns dos efeitos foram estudados evidenciando o seu contributo na redução da ansiedade e promoção de um estado de relaxamento (Oliveira, 2013). Num estudo randomizado publicado em junho de 2015 a aplicação de Reiki reduz a ansiedade e a intensidade da dor nas mulheres submetidas a cesariana (Midilli & Eser, 2015). Numa RSL de 2013 são apontadas como vantagens a diminuição da dor, da ansiedade, dos sintomas de depressão e stresse, bem como, o aumento do conforto, relaxamento e melhoria da qualidade de vida (Sousa, Severino & Marques-Vieira, 2013). No entanto há que evidenciar que os estudos são poucos, ou

inconclusivos tornando-se assim interessante procurar mais evidência sobre o tema e em particular na área de saúde materna e obstétrica.

Watson (2002b) refere que os fenómenos Humanos, como o cuidar não são objetiváveis, e, refere ainda, que a Teoria de Enfermagem Transpessoal pode utilizar métodos qualitativos criativos para explicar o sentido de cuidar. Deste modo, os resultados obtidos durante o estágio podem ser um contributo para o cuidado de enfermagem, em particular do cuidado especializado do EEESMO, sendo que é essencial manter aspetos como a integridade dos dados, consistência, aplicabilidade e neutralidade, existindo um paralelismo evidente com a filosofia do Reiki: “trabalhar honestamente”. Assim, este relatório pretende retratar apenas as experiências vivenciadas, com as suas dificuldades e virtudes inerentes.

Não posso dizer que foi cristalinamente um trabalho de investigação, pois estamos perante um Relatório de Estágio, porém pela inovação no tema, e pela reflexão subjacente ao processo de pesquisa considero trazer inequívocos contributos para a prática de Enfermagem.

#### 2.5.5 - Resultados obtidos através das atividades desenvolvidas

Apesar de este relatório estar centrado nas competências adquiridas no Estágio com Relatório, o objetivo 5 foi sendo desenvolvido ao longo do Mestrado, como tal, as atividades desenvolvidas ao longo do CMESMO (mencionadas em **apêndice 2: Cronograma de Atividades**) foram fundamentais para a obtenção de resultados. Assim serão abordadas: as aprendizagens da revisão de literatura, das reflexões decorrente das entrevistas informais a Mestres de Reiki e Enfermeiros peritos que utilizam Reiki no seu **processo de cuidar**, e as inferências resultantes dos cuidados que prestei às grávidas e parturientes durante Ensinos Clínicos e Estágio com Relatório.

#### Contributo da minha prática de cuidados:

Decorrente da minha prática de enfermagem em que integrei o Reiki no **processo de cuidar**, compreendi que os utentes sentiam relaxamento, de tal modo que pessoas com doença oncológica conseguiam relaxar e dormir após dias em que

o sono era agitado. Magalhães (2015) refere mesmo que o Reiki permite abrandar a mente. Senti então que esta energia poderia ser um contributo para o EEESMO.

#### Contributo da revisão de literatura:

Da revisão de literatura foi possível reconhecer os benefícios do Reiki como: redução da ansiedade, promoção de um estado de relaxamento, redução a intensidade da dor, diminui os sintomas de depressão e stresse, aumento do conforto (conforto faz parte do bem-estar segundo a WHO 1996). A revisão de literatura foi importante para reconhecer os seus benefícios, porém não foi encontrada bibliografia que desse resposta à minha questão de partida. Assim foi necessário recorrer a Mestres de Reiki.

#### Contributo de Mestres Reiki:

A Associação Portuguesa de Reiki tem um projeto designado “Barrigas com Reiki”. Aqui grávidas, praticantes de Reiki, podem adquirir ferramentas para utilizarem o Reiki nas diferentes fases da gravidez. A Mestre de Reiki disponibilizou-se para me falar da sua experiência neste grupo. Tendo explorado os benefícios do Reiki (já supracitados) e referindo que, da sua experiência, o Reiki não trazia desvantagens para a grávida, e acrescentou os benefícios mesmo no período pré concecional. Foi ainda salientado que o Reiki deverá ser realizado após conhecer o ambiente envolvente e a história pessoal (**campo fenomenológico**) da Pessoa. Faço aqui um paralelismo com a Teoria do Cuidar Transpessoal, pois Watson (2002b) refere que o cuidar requer conhecimento da Pessoa e das suas necessidades.

#### Atividades Desenvolvidas em contexto de Ensino Clínico e Estágio com Relatório:

Sendo a aprendizagem um processo contínuo e tendo em conta que a temática da integração do Reiki foi trabalhada desde março de 2015, durante o Ensino Clínico III foi possível realizar três atividades que permitiram alargar o meu corpo de conhecimento, e durante o ER foi possível desenvolver quatro atividades e que contribuíram para responder à minha questão de partida. Segue assim, duas tabelas

compiladas dos principais resultados e conclusões. Estas encontram-se mais detalhada no **apêndice 3** deste relatório e que poderá ser consultada.

<b>Tabela 3 - Atividades desenvolvidas no Ensino Clínico III</b>
<b>A. Informação aos profissionais sobre o Reiki integrado no processo de cuidar.</b>
Foi possível informar 5 elementos da equipa sobre o que é o Reiki e sobre a evidência científica disponível, nomeadamente sobre o seu contributo na promoção do bem-estar. Nenhum elemento da equipa tinha conhecimento sobre o Reiki.
<b>B. Aplicação de Reiki aos profissionais de saúde</b>
Apesar de não ter sido previsto no cronograma inicial, foi importante de modo que os Enfermeiros vivenciassem os benefícios do Reiki. O objetivo era de possibilitar aos profissionais conseguir informar as mulheres sobre o Reiki como promotor de bem-estar, através da sua experiência. Os Enfermeiros referiram como efeitos do Reiki: relaxamento, sensação de êxtase e melhorar a capacidade de dormir.
<b>C. Aplicação de Reiki a 2 grupos de preparação para o parto</b>
Do total de 10 Pessoas, apenas 2 conheciam o Reiki. Antes da sessão foi explicado o que é o Reiki e os princípios do Reiki e sublinhei que as mulheres tinham autonomia para sair da sessão a qualquer momento. Todos os elementos experienciaram Reiki e após a sessão todas as grávidas referiram maior relaxamento e sensação de aumento de energia. Quando questionadas se gostariam que fosse aplicado durante o TP, todas as participantes responderam afirmativamente.

As principais conclusões obtidas foram: os profissionais de saúde e as mulheres detêm pouco ou nenhum conhecimento sobre o Reiki, existe bem-estar após integração do Reiki nos cuidados do EEESMO, nomeadamente: relaxamento, êxtase, promoção do sono/descanso, diminuição da ansiedade, sensação de maior energia.



---

**Tabela 4 - Atividades desenvolvidas no Estágio com Relatório**

---

**A. Realização de entrevistas informais a EEESMO que integram o Reiki**

Foram realizadas entrevistas informais a 3 EEESMO. Destas interações foi possível compreender que não divulgam a sua prática de Reiki, em parte por não quererem introduzir mais um elemento desconhecido numa fase de TP e deste modo poderia ser inibidor para a parturiente, deste modo aplicam-no em momentos como massagem, durante as manobras de Leopold ou ao realizar a cervicometria. Sendo que utilizam em momentos que o toque é essencial. Os EEESMO referiram que utilizam-no também no ambiente envolvente e que é importante uma prática meditativa (introdução de filosofia Reiki) no dia a dia do EEESMO de modo a que a energia Reiki possa fluir mais facilmente.

**B. Informação aos profissionais sobre o Reiki nos cuidados de enfermagem**

Não foi realizada uma formação em serviço pois à data estipulada encontrava-me doente e como tal ausente do estágio. No entanto tendo elaborado um PowerPoint este ficou disponível em suporte físico no serviço. Optei então por introduzir uma nova abordagem a atividade C: aplicação do Reiki aos profissionais de saúde.

**C. Aplicação de Reiki aos profissionais de saúde**

Foi possível aplicar Reiki a 10 Enfermeiros (6 EEESMO e 4 Enfermeiros de cuidados gerais). Os Enfermeiros referiram como efeitos do Reiki: alívio de dor, sensação de relaxamento. Um Enfermeiro após a sessão foi obter formação em Reiki.

**D. Aplicação de Reiki a parturientes**

A aplicação de Reiki foi realizada a 3 parturientes. Dado que o Reiki necessita de disponibilidade, numa fase inicial do estágio tive dificuldade em gerir todas as competências que tinha de adquirir e mais este objetivo, em parte esse foi o motivo que levou ao pequeno número de participantes. Antes de integrar o Reiki nos cuidados, questionei as mulheres sobre o conhecimento sobre o tema (todas as mulheres conheciam o Reiki) e foi dada oportunidade de experienciar, tornando a mulher como coparticipante no processo de cuidar. O Reiki foi (em duas situações usado) em paralelo com outras medidas não farmacológicas de alívio da dor. As vantagens descritas pelas mulheres foram: diminuição da ansiedade, promoção de calma e aumento do sentimento de confiança/auto-confiança.

---

As principais conclusões obtidas foram: o Reiki potencia o alívio da dor e relaxamento. E decorrente do discurso das parturientes a quem foi proporcionado Reiki, podemos inferir que o Reiki contribui para diminuir a ansiedade, proporcionar calma e potenciar a confiança/auto-confiança. O Reiki pode ser utilizado

concomitantemente com outras medidas não farmacológicas de alívio da dor, o EEESMO utiliza diferentes estratégias para integra-lo no seu cuidado, através da aplicação ao ambiente envolvente ou durante o contacto físico com a parturiente.

Assim de todos as atividades desenvolvidas, das entrevistas a peritos e revisão de literatura, contemplo as seguintes considerações para a prática:

- Saber se a mulher já conhece/recorreu ao Reiki e explicar o procedimento, e se possível informar previamente ao TP, por exemplo em sessões de preparação para o parto.
- Questionar se a mulher quer receber Reiki (um dos princípios do Reiki).
- Dar autonomia à pessoa para poder parar a aplicação de Reiki sempre que deseje.
- Evitar posições supinas (evitando a compressão da veia cava).

Como vantagens identifico:

- A possibilidade de ser integrado com outras técnicas não farmacológicas e farmacológicas (bola de pilates, massagem, analgesia epidural).
- Diminuição da ansiedade, promoção de calma e promoção da confiança/autoconfiança, aumento da energia.

Como desvantagens identifico:

- Pela necessidade de concentração durante a aplicação do Reiki é necessário gerir concomitantemente com a avaliação do bem-estar materno-fetal, o que numa fase inicial pode ser difícil coordenar.
- Desconhecimento da população sobre o Reiki

Como estratégias para lidar com as desvantagens sugiro a possibilidade de recorrer à auto-aplicação (pela própria mulher), aplicação por outro profissional, ou acompanhante. Utilizar momentos como massagens ou a cervicomentria, para aplicar Reiki e manter uma prática de Reiki/meditativa regular de modo a que a integração do Reiki seja uma constante, tal como referiu uma das EEESMO entrevistadas. Para o desconhecimento sobre o Reiki sugiro que seja proporcionada informação às mulheres durante consultas de vigilância da gravidez ou quando recorrerem ao SUOG ou nos cursos de preparação para o parto e parentalidade. Mas para tal é importante continuar a informar os EEESMO através de ações de formação ou continuando a proporcionar Reiki aos EEESMO.

Apesar do número de grávidas e parturientes a quem tive oportunidade de incluir o Reiki no cuidado ser pequeno (N=13), considero que todas as outras atividades também contribuíram para alcançar o objetivo inicialmente formulado. Assim, foi possível identificar como é que o EEESMO consegue integrar o Reiki no seu cuidado, bem como identificar os seus benefícios e desvantagens, tendo este relatório acrescentado possíveis estratégias para lidar com as desvantagens. Deste modo posso referir que este objetivo foi alcançado.

### **3.3.6 - Objetivo 6** Desenvolver a capacidade reflexiva sobre a prática, em particular sobre os cuidados especializados do EEESMO

No decurso do estágio o processo de reflexão, compreensão e assimilação dos cuidados especializados foi decorrendo sobretudo da partilha de experiências com o EEESMO orientador do local de estágio. Era comum levantar questões sobre a prática (como se faz, porque se faz, em que condições se faz), e também trazia a discussão sobre novas evidências científicas em parte porque havia uma grande abertura por parte da EEESMO orientadora para ter autonomia nos cuidados, desde que fundamentados.

A procura constante de informação, a realização dos jornais de aprendizagem, o início da elaboração deste relatório (que foi decorrendo ao longo do estágio), foi um elemento fundamental para refletir sobre a prática. Numa ocasião em que foi necessário estar ausente de estágio (por motivos de saúde), a execução do relatório permitiu-me não estar longe da prática e refletir sobre a ação, isto resultou que no regresso ao estágio houve uma evolução dos meus cuidados. O que tinha aprendido previamente foi consolidado e ainda houve um acréscimo de conhecimento que permitiu desenvolver competências. Estes cuidados passaram por exemplo por melhoria de técnica de sutura (por exemplo) e inclusive na capacidade de antecipar cuidados.

Outro elemento que me ajudou no processo de reflexão era um diário que escrevia (em tinta e papel). Todos os dias após um nascimento ou após um seguimento de trabalho de parto que me tivesse marcado, redigia algumas linhas sobre: dificuldades que tinha tido, o que achei fácil, o que me emocionou e o que

aprendi com aquela situação e o que faria diferente. Por vezes trazia essa reflexão à enfermeira orientadora, o que lhe permitia compreender os meus pontos fracos e através da sua orientação me permitia crescer e desenvolver. Outras vezes era uma forma de me conectar com as dificuldades e ir à procura de mais conhecimento. E ao descrever os aspetos positivos consciencializava-me do percurso que estava a conseguir ultrapassar.

As avaliações ao longo do percurso de estágio também foram fundamentais para compreender o que mais era necessário para conseguir desenvolver competências. Foram avaliações que levaram a uma potencialização dos meus recursos e que permitiram crescer não só como profissional, como também em termos pessoais. “Só falta ganhar asas” disse-me a Professora Orientadora e a Orientadora do Local de Estágio, contribuindo para ganhar consciência que teria capacidade para dar o salto. Foram frases, conselhos, avaliações construtivas, por vezes difíceis, mas que permitiram um desenvolvimento de competências.

A análise das práticas foi também um momento de aprendizagem, pois permitiu conhecer um pouco de outras realidades. Permitiu compreender que em muitos locais as práticas são exemplares, noutros ainda há um longo caminho a percorrer, mas que sem sombra de dúvidas, a escola, os professores orientadores e os estudantes podem e devem ser agentes de mudança.

Para finalizar, a própria elaboração deste relatório foi crucial para a reflexão sobre a prática e consequentemente para consolidação de conhecimentos. Acresce ainda o contributo que terá para melhorar a prática como futuro EEESMO. Considero ainda que a discussão pública trará contributos para o processo reflexivo.

Santos & Fernandes (2004) referem que a reflexão é essencial na capacitação dos Enfermeiros para a compreensão dos seus saberes e prática de enfermagem. Assim, posso referir que a minha prática foi sempre pautada pela reflexão aprendendo através da minha experiência e de uma análise crítica da prática. Sem ela não teria tido uma evolução e um crescimento, pois a reflexão é essencial para a minha prática. Deste modo posso concluir que foi possível desenvolver a capacidade de refletir e sobre a prática e deste modo atingir o objetivo inicialmente proposto.

## Reflexão final

Este relatório permitiu uma análise crítica de todo o percurso que tenho vindo a percorrer como estudante do CMESMO, em particular do Estágio com Relatório.

Ao longo do ER foram surgindo desafios que foram sendo ultrapassados. E, ao elaborar este relatório, foi a afirmação de que houve um crescimento e desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais como EEESMO e que permitiram assim concluir com êxito o projeto a que me tinha predisposto realizar.

Ainda há um caminho longo a percorrer. Pois, ser Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica exige muito de nós. Porém, apesar de já ter em mim a necessidade de procurar a melhor evidência sobre a prática de cuidados, a realização deste estágio, bem como todo o CMESMO, veio-me dar ferramentas sobre como conseguir mudar não só a minha prática de cuidados, mas também como podemos contribuir para que outros aprendam connosco.

Em particular saliento o contributo do tema central deste relatório: o Reiki como cuidado integrado do EEESMO. É um tema inovador (e também como tal escassa evidência científica), e por isso trouxe contributos para a Enfermagem, nomeadamente na produção de conhecimento sobre o tema, particularmente sobre como integrar o Reiki nos cuidados do EEESMO de modo a elevar a prática de Enfermagem em particular do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica.

A pesquisa bibliográfica baseada na RSL e a revisão narrativa de literatura permitiram alargar o meu corpo de conhecimentos sobre o Reiki e permitiram identificar que já se utiliza em alguns hospitais em outras áreas de saúde, nomeadamente na área de oncologia.

Foi possível aplicar Reiki a algumas grávidas e parturientes durante o ER, tendo sido, segundo os resultados, promotor de bem-estar. Os profissionais dos diferentes contextos do local de estágio mostraram interesse pelo tema, sendo que um dos meus desejos passava por divulgar o Reiki como cuidado integrado, de

modo a este ser também mais acessível a mais mulheres. Lamentavelmente não realizei um período de observação num local onde existe esta prática de cuidados (uma vez que o número mínimo de atividades a desenvolver para adquirir as competências como EEESMO não estavam asseguradas), porém foi possível realizar entrevistas informais a alguns profissionais que utilizam o Reiki integrado no cuidado como EEESMO, o que foi um elemento importante para a realização deste relatório. Assim, importa salientar que o Reiki é mais um recurso não farmacológico para promover o bem-estar na grávida e parturiente e que pode ser usado concomitantemente com outras técnicas. Sendo que o Reiki necessita de disponibilidade, o EEESMO utiliza diferentes estratégias para integra-lo no seu cuidado, nomeadamente pode utilizar no ambiente envolvente ou durante o contacto físico com a grávida/parturiente (manobras de Leopold, cervicometria).

É pois importante continuar a estudar mais esta terapia complementar, a divulgar os locais onde se realiza, permitindo que as mulheres tenham mais um recurso disponível na promoção de bem-estar. Deste modo tenho como objetivo futuro elaborar um artigo sobre o tema de modo a divulgar o Reiki como cuidado integrado do EEESMO, realizar uma ação de formação sobre o Reiki no local onde presto cuidados, uma vez que se trata de um bloco de partos, e, divulgar nas visitas das grávidas no bloco de partos onde trabalho, a utilização do Reiki como recurso à promoção de bem-estar. Sugiro ainda continuar a estudar o tema, por exemplo: Integração do Reiki no cuidado do EEESMO em grávidas de risco, qual o seu contributo?

Posso concluir este relatório referindo que as competências definidas pela OE e pela ICM foram amplamente atingidas, tendo conseguindo desenvolver competências no âmbito do cuidado especializado do EEESMO, nomeadamente na capacidade de cuidar a mulher inserida na família e comunidade no âmbito do planeamento familiar, período pré-concepcional, pré-natal, trabalho de parto, período pós-natal, climatério e a vivenciar processos de saúde/doença ginecológica. É pois o início de um longo caminho que pretendo que seja uma prática baseada em evidência e pautada por um processo reflexivo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APR - Associação Portuguesa de Reiki (2015).  
<http://www.associacaoportuguesadereiki.com/> Acedido em 14-07-2015
- Brandão, S. (2009). *Envolvimento emocional do pai com o bebé: Impacto da experiência de parto*. Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. Disponível no RCAAP
- Chapman, V. & Charles, C. (2013) *The Midwife's Labour and Birth Handbook*. (3th ed.). Oxford: Wiley-Blackwell.
- Dahlen, H. & Caplice, S. (2014 dez.). What do midwives fear? *Women and Birth*, 27(4) 266 – 270. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2014.06.008>
- DGS - Direcção Geral de Saúde (2001). *Circular Informativa. Nº 16/DSMIA. 07/09/2001*. Boletim de Saúde da Grávida. Acedido em 30-05-201. Disponível em: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/circular-informativa-n-16dsmia-de-07092001-pdf.aspx>
- Euro-Peristat (2013). European Perinatal Health Repor: *Health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010*. Acedido em 29-08-2016. Disponível em: <http://www.europeristat.com/images/doc/Peristat%202013%20V2.pdf>
- Enkin, M., Keirse, M., Neilson, J., Crowther, C., Duley L., Hodnett, H. & Hofmeyr, J. (2005) - *Guia para a Atenção Efetiva na Gravidez e no Parto*. (C.L.C. Araújo, Trad.) (3ª ed.). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan SA. Acedido em 17-05-2016. Disponível em: <http://bionascimento.com/livro/>
- FAME- Federación de Asociaciones de Matronas de España (2009). *Iniciativa Parto Normal*. (APEO- Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras, Trad.) Loures: Lusociência.

- Ferreira, M. (s.d). *Formar Melhor Para Um Melhor Cuidar*. Escola Superior de Enfermagem de Viseu. Acedido em 29-05-2016 Disponível em <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium30/10.pdf>
- Favero, L; Meirs, M; Lacerda, M; Mazza, V & Kalinowski, L (2009). Aplicação da Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson: uma década de produção brasileira. *Acta Paul Enferm*; 22(2). 213-218. Acedido 20-06-2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n2/a16v22n2.pdf>
- FREDERICO, Manuela (2001). Integração Profissional. *Revista Sinais Vitais*, 37. 33-36.
- Gaskin, I. M. (2007). *Partería Espiritual: la naturaleza del nacimiento entre el amor y la ciencia*. (M. Lembo, Trad.). Buenos Aires: Mujer Sabia Editoras
- Graça, L. M. (2010). *Medicina materno-fetal*. (5ª ed.) Lisboa: Lidel
- Hurwitz, W (2001). Energy Medicine In Micozzi, M. (Ed.) – *Fundamentals of Complementary and Alternative Medicine* (pp.238-256). New York: Churchill Livingston.
- ICM - International Confederation of Midwives (2013). *Essential competencies for basic midwifery practice 2010 Revised 2013* Acedido em 27.09-2016. Disponível em: <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM%20Essential%20Competencies%20for%20Basic%20Midwifery%20Practice%202010,%20revised%202013.pdf>
- Kaufman, T. (2007). Evolution of the Birth Plan. *The Journal of Perinatal Education*. 16 (3), 47-52.  
**DOI:** [10.1624/105812407X217985](https://doi.org/10.1624/105812407X217985)
- Kaku, M. (2010). *Mundos Paralelos- uma viagem pela criação, dimensões superiores e futuro do cosmos*. (M. A. Costa, Trad.) (2ª Ed.) Lisboa: Bizâncio.



- Kitzinger, S. (1995). *A experiência do parto*. (A.M, Rabaça. Trad.) Lisboa: Instituto Piaget
- Kitzinger, S. (2005). *The complete book of pregnancy & childbirth*. (4<sup>th</sup> ed.) New York: Alfred A. Knopf.
- Levy, L (2011). *Um acto de amor: tudo o que precisa de saber para amamentar o seu bebé com sucesso*. Lisboa: Esfera dos Livros
- Lowdermilk, D. L & Perry, S.E. (2008). *Enfermagem na Maternidade*. (A.P. Espada, Trad.) (7<sup>a</sup> ed.) Loures: Lusodidacta
- Lothian, J. (2006) – Birth Plans: The Good, the Bad, and the Future. *Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing*. 20 (2). 295-303. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1552-6909.2006.00042.x>
- Magalhães, J. (2015). *O Grande Livro do Reiki-Manual prático e atualizado sobre a arte da cura. Níveis 1,2 e 3*. Braga:Nascente
- McDonald & Dowswell, (2013). Effect of timing of umbilical cord clamping of term infants on mother and baby outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* Acedido em 27-08-2016, Disponível em DOI: [10.1002/14651858.CD004074.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD004074.pub3)
- Midilli, T & Eser, I (2015). Effects of Reiki on Post-cesarean Delivery Pain, Anxiety, and Hemodynamic Parameters: A Randomized, Controlled Clinical Trial. *Pain Management Nursing*,16(3) 388-399. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmn.2014.09.005>
- Muñoz-Sellés, E. & Gobera-Tricas, J. (2012). Oferta formativa en terapias alternativas y complementarias para la asistencia al parto. *Matronas Prof.*13 (2), 50-54. Acedido em 14-07-2015. Disponível em: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/32946/1/617703.pdf>
- NCCIM (2015). <https://nccih.nih.gov/health/providers/camterms.htm> Acedido em 14-07-2015

- Neil, R. (2004). Jean Watson: Filosofia e Ciência do Cuidar. In A. M. Tomey & M. R. Alligood – *Teóricas de Enfermagem e a Sua obra – Modelos e Teorias de Enfermagem*. (pp.163-184) (A.R. Albuquerque Trad.) (5ª Ed.) Loures: Lusociência.
- NICE (2014). *NICE clinical guideline 190*. Dez.2014. Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth. Acedido em 23-05-2016. Disponível em: [http://www.geburtshaus.ch/documents/upload/NICE\\_clinical\\_guideline\\_190\\_dec\\_2014.pdf](http://www.geburtshaus.ch/documents/upload/NICE_clinical_guideline_190_dec_2014.pdf)
- Northrup, C. (2009). *Corpo de Mulher, Sabedoria de Mulher*. (L. Almeida & I. Cardoso Trad.) (Vol. 2). Lisboa: Sinais de Fogo
- Oliveira, R.M.J. (2013). *Efeitos da prática do Reiki sobre aspectos psicofisiológicos e de qualidade de vida de idosos com sintomas de stress: estudo placebo e randomizado*. (Tese de Doutoramento) Universidade Federal de São Paulo. Acedido em 11/05/2015. Disponível em: <http://www.associacaoportuguesadereiki.com/efeitos-da-pratica-reiki-sobre-aspectos-psicofisiologicos-e-de-qualidade-de-vida>
- Ordem dos Enfermeiros (2003). *Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários*. (s.l.): Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Indicador de evidência: Projeto da MCEESMO-OE: Maternidade com Qualidade. Promover e aplicar medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto e parto*. Acedido em 19-01-2016 Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR\\_Medidasnaofarmacologicas\\_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_Medidasnaofarmacologicas_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2014). *Parecer CJ 115/2012*. 21-02-2014. Sobre Reiki e Drenagem Linfática. Acedido a 26-09-2016. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/CJ\\_Documentos/CJ\\_Parecer\\_115\\_2012\\_Reiki\\_e\\_Drenagem\\_Linfatica.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/CJ_Documentos/CJ_Parecer_115_2012_Reiki_e_Drenagem_Linfatica.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Livro de Bolso – Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia/Parteiras*. Acedido a 1-06-2016. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroBolso\\_EESMO.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroBolso_EESMO.pdf)

Pietras e Twaio (2012). Episiotomy in Modern Obstetrics – Necessity Versus Malpractice. *Adv Clin Exp Med* 21 (4) 545–550. Acedido em 28-08-2016. Disponível em: <http://www.advances.umed.wroc.pl/pdf/2012/21/4/545.pdf>

Regulamento n.º 122/2011. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série, n.º 35 (18 -02-2011). 8648-8653  
Acedido a 11-05-2015. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122\\_2011\\_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf)

Regulamento n.º 127/2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica, Diário da República, 2.ª série, n.º 35 (18 -02-2011). 8662-8666  
Acedido a 11-05-2015. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20127\\_2011\\_CompetenciasEspecifEnfSMObst\\_Ginecologica.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20127_2011_CompetenciasEspecifEnfSMObst_Ginecologica.pdf)

Royal College of Midwives (2014). *Position Statement: Complementary Therapies and Natural Remedies*. Acedido a 12-05-2015. Disponível em: [https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Complementary%20Therapies%20and%20Natural%20Remedies\\_3.pdf](https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Complementary%20Therapies%20and%20Natural%20Remedies_3.pdf)

Royal College of Obstetricians & Gynaecologists (2014). *Green-top Guideline Nº41. The Initial Management of Chronic Pelvic Pain*. Acedido a 26-09-2016  
Disponível em: [https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg\\_41.pdf](https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_41.pdf)

- Santos, E & Fernandes, A. (2004). *Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada*. Revista Referência. 11. 59-62.
- Schwartz, J. (2010). Birth plans: why pay attention?. *International Journal of Childbirth Education*. 25 (1). 5, 9. DOI: [10.1624/105812407X217985](https://doi.org/10.1624/105812407X217985)
- Silow-Carroll, S. Alteras, T, & Stepnick, L. (2006). *Patient-centered care for underserved populations*. Acedido em 08-01-2015. Disponível em <http://hsc.unm.edu/community/toolkit/docs8/Overview.pdf>
- Soltani, H., Poulouse, T. A. & Hutchon, D.R. (2011) Placental cord drainage after vaginal delivery as part os the management of the third stage os labour. *Cochrane Database of Systematic Reviws*. Acedido em 27-08-2018. Disponível em: [http://www.cochrane.org/CD004665/PREG\\_placental-cord-drainage-after-vaginal-delivery-as-part-of-the-management-of-the-third-stage-of-labour](http://www.cochrane.org/CD004665/PREG_placental-cord-drainage-after-vaginal-delivery-as-part-of-the-management-of-the-third-stage-of-labour)
- Sousa, L., Severino, S. & Marques-Vieira, C. (2013). O Reiki como um Contributo para a Prática de Enfermagem: Revisão Sistemática da Literatura. *Nursing*. 26(289), 5-11. Acedido a 26-09-2016 disponível em: <http://www.nursing.pt/wp-content/uploads/kalins-pdf/singles/o-reiki-como-um-contributo-para-a-pratica-de-enfermagem-revisao-sistemica-da-literatura.pdf>
- Stamp, G., Kruzins, G., & Crowther, C. (2001). Perineal massage in labour and prevention of perineal trauma: randomised controlled trial. *BMJ: British Medical Journal*, 322(7297), 1277–1280. Acedido a 27-08-2016 Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC31922/>
- Watson. J. (2002a). *Enfermagem pós-moderna e futura. Um novo paradigma da enfermagem*. (J. M. M. Enes, Trad.) Loures: Lusociência.
- Watson. J. (2002b). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. (J. Enes, Trad.) Loures: Lusociência.
- WHO (1996). *Care in Normal Birth: a practical guide*. Acedido em 07-03-2015, disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO\\_FRH\\_MSM\\_96.24.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf?ua=1)

## Apêndice 1 – Contextualização do serviço

## **Contextualização do serviço**

A Unidade Hospitalar onde decorreu a Unidade Curricular Estágio com Relatório pertence a hospital central na margem sul do Tejo. O serviço é constituído por três diferentes unidades: Serviço de Urgências Obstétrica e Ginecológica (SUOG), internamento de grávidas (que inclui sala de indução) e Bloco de Partos (que inclui bloco cirúrgico). A equipa é constituída por Enfermeiros (Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica, Enfermeiros generalistas, Médicos obstetras, Assistentes Operacionais e Assistentes Administrativos).

O Bloco de Partos contempla 5 boxes, sendo que a parturiente é admitida nesta unidade quando apresenta 3 cm de dilatação. Sendo que este momento corresponde ao início da fase ativa do Trabalho de Parto (TP). Esta fase é antecedida pela fase latente que se inicia com o início das contrações uterinas. Ao conjunto destas duas fases chama-se 1º estágio do TP e termina com a dilatação completa (Graça, 2010).

Todas as salas dispõem de casa de banho individual e duche bem como bola de pilates, cama, cardiotocografo, armários com material de apoio e unidade de Recém-Nascido (RN), que inclui equipamento de reanimação neonatal e fonte de calor (o que permite uma abordagem mais rápida em caso de ser necessário iniciar manobras de reanimação e por outro lado possibilita que todos os cuidados realizados, os pais estejam presentes). Durante o TP é possibilitado que o acompanhante presencie e colabore no TP, esteja presente no período expulsivo e colabore nos cuidados ao RN. A Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME) (2009) refere que todas as mulheres deveriam ter apoio durante o TP e parto, complementando assim o apoio prestado pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), sendo que a escolha deve ser realizada pela parturiente. Os mesmos autores referem que o apoio contínuo implica uma menor utilização de analgesia farmacológica, bem como dos partos vaginais instrumentalizados e cesarianas.

A FAME (2009) refere que o ambiente físico durante a dilatação e o parto influenciam a evolução destes, é pois de salientar que a box tem espaço

suficiente para deambular e utilizar a bola de pilates. Importa ainda referir que a unidade é individual o que permite ter privacidade e tem hipótese de manter-se neste local até ao 4º estágio de TP, isto garante que a mulher limite as mudanças de ambiente durante o TP, tal como refere a FAME (2009).

A sala de enfermagem e corredor dispõem de monitor que emite o traçado cardiotocográfico de todas as boxes, sala de indução e SUOG. Os monitores estão também disponíveis no internamento de grávidas, sala da equipa médica e SUOG, o que garante que todos os profissionais com competências possam facilmente monitorizar o bem-estar fetal e contratilidade materna, tal como refere o Parecer n.º 275 / 2010 da Ordem dos Enfermeiros (OE), a monitorização da frequência cardíaca fetal e da contratilidade uterina contribui para a avaliação do bem-estar fetal pois permite o registo contínuo e simultâneo da frequência cardíaca fetal, das contrações uterinas e dos movimentos fetais ativos, sendo que o EEESMO deve ter competências de juízo clínico e tomada de decisão.

O serviço de Bloco de Partos dispõe ainda de incubadora de transporte no caso do RN que necessitem de cuidados especiais, bem como unidade reanimação neonatal. Junto do bloco operatório existe um Neopuff, bem como monitor de frequência cardíaca e saturómetro.

No exterior do Bloco de Partos encontra-se uma sala destinada aos pais e acompanhantes. Aqui os pais podem ter um momento de descanso esta é contígua ao SUOG. O SUOG é composto por sala de triagem de enfermagem, sala com ecografo, 2 quartos de observação e 2 gabinetes médicos. Existe ainda um *open-space* onde existe um cardiotocografo e podem ser prestados alguns cuidados imediatos (soroterapia, administração de analgésicos).

O serviço tem ainda a unidade de internamento de grávidas e que inclui duas camas para indução de TP. O centro hospitalar dispõe ainda de serviço de puerpério e neonatologia garantindo a continuidade de cuidados.

Todas as quintas-feiras é realizada a “visita da grávida”. Neste contexto é realizado pelo EEESMO a apresentação do serviço à grávida/família e resulta também como momento de esclarecimento de dúvidas (por exemplo: situações

para recorrer ao SUOG), é ainda fornecida informação sobre a filosofia do serviço e recursos disponíveis (métodos farmacológicos e não-farmacológicos disponíveis). Este cuidado permite diminuir a ansiedade e ajuda a desmistificação de algumas situações. A FAME (2009) refere que ao conhecer previamente o local é favorecedor para o TP e parto.

A unidade de internamento de grávidas, como já descrito inclui 2 camas de indução de TP/vigilância da fase latente de TP. Esta unidade dispõe de 2 duches (compartilhados com a enfermaria) e está à disposição duas bolas de pilates. A sala de indução inclui ainda 2 cardiotocógrafos. A descrição desta unidade não será realizada neste relatório, uma vez que o Estágio com Relatório não contemplava o internamento de grávidas. Porém pelo fato de existir as salas de indução, que compete a vigilância ao EEESMO senti necessidade de englobar neste relatório.

No serviço onde foi realizado o Estágio, o EEESMO dispõe de muita autonomia na vigilância da gravidez de baixo risco, e autonomia na identificação de cuidados que exijam interdependência.

## **Referências Bibliográficas:**

FAME- Federación de Asociaciones de Matronas de España (2009). *Iniciativa Parto Normal*. (APEO- Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras, Trad.) Loures: Lusociência.

Graça, L. M. (2010). *Medicina materno-fetal*. (5ª ed.) Lisboa: Lidel

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Parecer PARECER N.º 275 / 2010*. 11-03-2010. REALIZAÇÃO DE CARDIOTOCOGRAFIA. Acedido a 26-05-2016. Disponível em:  
[http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer%20275\\_11%2003%202010\\_realiza%C3%A7%C3%A3o%20de%20cardiotocografia\\_ceesmo%20docx\\_PARECER%20SITE\\_RevASLN.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer%20275_11%2003%202010_realiza%C3%A7%C3%A3o%20de%20cardiotocografia_ceesmo%20docx_PARECER%20SITE_RevASLN.pdf)



## Apêndice 2 – Cronograma de Atividades do Estágio com Relatório

## Cronograma de Atividades do Estágio com Relatório

Ano		2015										2016								
Meses		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Atividades																				
Revisão sistemática da literatura e revisão narrativa da literatura																				
Reuniões com Professor orientador																				
Realizar entrevista a peritos (Enfermeiros Especialista em Enfermagem Saúde Materna, mestres de Reiki...)																				
Registrar o projeto																				
Realizar ação de formação em serviço no Bloco de Partos sobre a evidência científica encontrada																*	*			
Realizar entrevistas informais à mulher e família sobre o seu conhecimento relativamente à utilização do Reiki durante a gravidez e trabalho de parto.																				
Prestar cuidados de Enfermagem Especializados à mulher e família que recorrem ao Bloco de Partos e SUOG do local de estágio																				
Proporcionar informação à mulher/família sobre a utilização do Reiki na promoção do bem-estar durante a gravidez e Trabalho de Parto																				
Elaboração e entrega do Relatório de Estágio																				
Recursos Temporais		Recursos Físicos e Materiais							Recursos Humanos											
• Período temporal da Unidade Curricular Estágio com Relatório (março-julho** de 2016)		• Biblioteca da ESEL e da Associação Portuguesa de Reiki, Base de Dados EBSCO • Local de estágio (Bloco de Partos e SUOG) • Computador, material de papelaria • Regulamento de competências do EEESMO							• Peritos Orientadores (Docente e EEESMO orientador) • Equipa multidisciplinar do local de estágio • Parturientes, grávidas e recém-nascidos alvo de cuidados • Mestres de Reiki (Associação Portuguesa de Reiki...)											

\* Esta atividade não foi possível realizar, vide pág. 57. \*\*o Estágio com Relatório decorreu de março de 2016 a agosto de 2016 (por motivos de saúde).

### Apêndice 3 – Descrição das atividades do Objetivo 5

**Atividades Desenvolvidas em contexto de estágio com vista a alcançar o Objetivo 5 do projeto de estágio:**

Aprofundar conhecimentos e desenvolver competências na aplicação do Reiki como intervenção integrada do EEESMO na promoção de bem-estar da grávida e parturiente, adequando esse cuidado aos diferentes contextos de ensino clínico

Ensino Clínico III (Cuidados de Saúde Primária)		
Atividade desenvolvida	Descrição dos Resultados:	Principais Conclusões:
<b>Informação aos profissionais sobre o Reiki nos cuidados de enfermagem</b>	No decurso do EC foi possível informar diversos membros da equipa de enfermagem sobre o tema de estudo (N4), e uma médica de medicina geral e familiar (N1). Foi possível clarificar a equipa sobre esta temática, não só através da minha experiência, como foi dada a conhecer a evidência científica sobre o tema. Deste grupo de profissionais, e desconhecimento sobre o tema era unanime.	Os profissionais de saúde e as mulheres detêm pouco ou nenhum conhecimento sobre o Reiki.
<b>Aplicação de Reiki aos profissionais de saúde</b>	A todos os profissionais foi oferecida a hipótese de experienciar a terapia Reiki. A experiência permite que o profissional tenha uma opinião e consiga transmitir essa visão ao utente. Assim, dois enfermeiros (N=2) concordaram em experienciar. Um enfermeiro referiu que sentiu relaxamento após a sessão de Reiki. O segundo enfermeiro referiu uma sensação de êxtase após o final da sessão e acrescentou que na noite após a sessão conseguiu dormir (o enfermeiro tinha referido dificuldade em dormir nos dias prévios à sessão). Ambos os enfermeiros consideraram que seria um cuidado com benefícios para as grávidas.	Da experiência obtida, foi possível identificar benefícios da integração do Reiki nos cuidados de Enfermagem, e no cuidado do EEESMO: relaxamento, êxtase, promoção do sono/descanso, diminuição da ansiedade, sensação de maior energia.
<b>Aplicação de Reiki a 2 grupos de preparação para o parto</b>	Foi ainda possível aplicar Reiki a 2 grupos de preparação para o parto e parentalidade. Dos grupos de mulheres (N=10) a quem foi aplicado Reiki, apenas duas (N=2) conheciam o Reiki e já tinham aplicado. As restantes mulheres desconheciam o Reiki. Das 10 mulheres do grupo, após ter sido explicado o que era o Reiki e informadas de que seria utilizado como objeto de estudo do relatório de estágio concordaram em participar no grupo de aplicação de Reiki. Após a aplicação de Reiki as sensações descritas por elas foi de: relaxamento e sensação de mais energia. Quando questionadas se gostariam que fosse aplicado durante o TP, 100% das participantes responderam afirmativamente.	

Estágio com Relatório		
Atividade desenvolvida	Descrição dos Resultados:	Principais Conclusões:
<b>Realização de entrevistas informais a EEESMO que integram o Reiki nos seus cuidados</b>	No total foram realizadas três entrevistas informais a EEESMO que utilizam Reiki no seu cuidado. Uma enfermeira (A) referiu que não aplicava Reiki se fosse a EEESMO responsável pelo seguimento do TP, pois para ela era importante total disponibilidade para aplicar o Reiki. Assim, aplicava Reiki no ambiente e referia como vantagem a promoção de um ambiente mais tranquilo. Acrescentou que poderia aplicar concomitantemente com uma massagem, descrevendo deste modo a utilização do Reiki com outras medidas não-farmacológicas. A Enfermeira (A) mencionou ainda ser importante informar as mulheres grávidas (por exemplo nos curso de preparação para o parto) sobre o que é o Reiki, e, se possível, promover a sensação de receber Reiki antes do Parto, pois, segundo este EEESMO, introduzir um elemento desconhecido num momento que por si só já é desconhecido, pode levar ao receio e à recusa do Reiki. O segundo EEESMO entrevistado (B) relatou que sendo uma pessoa que pratica meditação de forma regular, o Reiki encontra-se sempre presente no seu cuidado, não sendo necessária a imposição das mãos. O terceiro EEESMO entrevistado (C) descreveu que utilizava o Reiki durante alguns procedimentos como por exemplo as manobras de Leopold, ou a cervicometria. Da sua experiência partilhou que o Reiki favorecia a rotação interna do feto e relatou algumas situações em que as parturientes solicitaram que mantivesse a mão sobre o abdómen pois proporcionava bem-estar durante a contração (“sabe-me bem a sua mão aí”).	Da experiência obtida, foi possível identificar benefícios da inclusão do Reiki nomeadamente alívio da dor, relaxamento. Foi identificado que pode ser utilizado concomitantemente com outras metodologias não farmacológicas de alívio da dor.
<b>Informação aos profissionais sobre o Reiki nos cuidados de enfermagem</b>	Não foi realizada uma formação em serviço. Foi possível informar a equipa de enfermagem sobre o tema em estudo de forma informal. A abordagem foi informal, uma vez que apesar de ter elaborado uma formação em serviço, infelizmente esta não foi realizada por a data de apresentação ter coincidido com período temporal em que me encontrava em ausência temporária de trabalho (por motivos de saúde) e consequentemente ausente do Estágio com Relatório. No entanto tendo elaborado um PowerPoint este ficou disponível em suporte físico no serviço.	Perante as informações obtidas do discurso das parturientes podemos inferir que o Reiki

<b>Aplicação de Reiki aos profissionais de saúde</b>	A todos os profissionais foi oferecida a hipótese de experienciar a terapia Reiki. Dez enfermeiros (N=10) concordaram em experienciar. 6 EEESMO e 4 enfermeiros de cuidados gerais. Da experiência dos enfermeiros a quem foi aplicado Reiki 3 enfermeiros (N=3) relataram alívio de dor (enxaqueca/dor lombar), 7 enfermeiros (N=7) mencionaram sensação de relaxamento. Dos 10 enfermeiros a quem foi aplicado Reiki, um enfermeiro (N=1), posteriormente à sessão foi obter formação em Reiki.	contribui para diminuir a ansiedade, proporcionar calma e potencia a confiança/auto-confiança.
<b>Aplicação de Reiki a parturientes</b>	<p>No decorrer do ER foi possível acompanhar 72 mulheres em TP e realizar 41 partos. A aplicação de Reiki foi realizada a 3 mulheres. O número reduzido resulta de três fatores. Em primeiro lugar pela necessidade de assimilar vários conhecimentos como EEESMO, sendo que para aplicar Reiki senti necessidade de inicialmente desenvolver algumas competências como EEESMO, pois a aplicação do Reiki exige disponibilidade. Magalhães (2015) refere “ o Reiki é realmente muito simples, apenas nos pede a disponibilidade”. Porém, sendo a condução do TP e o parto algo exigente, e principalmente sendo algo novo para mim, foi necessário consolidar conhecimentos na condução do TP e parto. Outro motivo foi o facto da orientadora do local de estágio não deter conhecimento em Reiki. Apesar da sua disponibilidade, foi necessário recorrer ao diálogo com outros EEESMO para conseguir compreender como e quando aplicar Reiki. Considero que se a EEESMO orientadora tivesse formação em Reiki poderia ter sido aplicado a um maior número de parturientes. No entanto, foi importante para divulgar Reiki como estratégia de promoção de bem-estar e para juntas refletirmos sobre as suas vantagens e dificuldades.</p> <p>Outro motivo que levou ao número reduzido participantes foi relacionado com o fato de estar a introduzir mais uma técnica desconhecida para a parturiente. As parturientes a quem foi aplicado Reiki já “tinham ouvido falar” (N=1) ou já tinham experimentado Reiki (N=2). A uma das mulheres foi aplicado Reiki durante o duche com bola de Pilates, a outra mulher foi aplicado Reiki durante a permanência em bola de Pilates, e outra mulher em posição semi-sentada na cama. Deste modo pode-se inferir que o Reiki pode ser utilizado em simultâneo com outras medidas não farmacológicas de alívio da dor. Relativamente à experiência das parturientes em TP, as 3 mulheres (N=3) referiram maior relaxamento e sentiram como um cuidado importante para o desenvolvimento do TP. Todas as mulheres no final do</p>	O EEESMO utiliza como estratégias a integração do Reiki na promoção de um ambiente tranquilo, e encontra nos momentos em que mantém contacto físico (massagem, cervicometria, manobras de Leopold) o momento ideal para aplicar Reiki. O EEESMO, para ter melhores resultados deverá ter uma prática meditativa regular.

parto agradeceram o cuidado com Reiki. Uma das parturientes referiu: “depois do Reiki senti que fiquei mais calma, estava muito ansiosa para fazer epidural e sinto que me ajudou a chegar aos 3 cm para poder fazer epidural. Sentia-a mesmo a energia a passar pelo corpo”. Outra mulher referiu “é bom saber que usa outras técnicas para ajudar no TP. Eu própria tenho o nível 1 de Reiki e ajuda-me a acalmar.” Outra mulher referiu “Fiquei mais confiante, sentia confiança”.

### **Conclusões finais:**

**Da minha experiência da integração do Reiki nos cuidados do EEESMO, e refletindo sobre informação adquirida através de entrevista a peritos e literatura, considero que o EEESMO ao integrar o Reiki no seu cuidado deve:**

- Saber se as pessoas já conhecem/usaram Reiki e explicar o procedimento, e se possível informar previamente ao TP.
- Questionar se quer receber Reiki (um dos princípios do Reiki).
- Dar autonomia à pessoa para poder parar a intervenção de Reiki sempre que deseje.
- Evitar posições supinas (evitando a compressão da veia cava).

### **Como vantagens identifico:**

- A possibilidade de ser integrado com outras técnicas não farmacológicas e farmacológicas (bola de pilates, massagem, analgesia epidural).
- Diminuição da ansiedade, promoção de calma e promoção da confiança/auto-confiança, aumento da energia.

### **Como desvantagens identifico:**

- Pela necessidade de concentração durante a aplicação do Reiki é necessário gerir concomitantemente com a avaliação do bem-estar materno-fetal, o que numa fase inicial pode ser difícil coordenar.
- Desconhecimento da população sobre o Reiki.

### **Como estratégias para lidar com as desvantagens sugiro:**

A possibilidade de recorrer à auto-aplicação (pela própria mulher), aplicação por outro profissional, ou acompanhante. Utilizar momentos como massagens ou a cervicomentria, para aplicar Reiki e manter uma prática de Reiki/meditativa regular de modo a que a integração do Reiki seja uma constante, tal como referiu a EEESMO (B) durante a entrevista informal. Relativamente ao desconhecimento sobre o Reiki sugiro que seja proporcionada informação às mulheres durante consultas de vigilância da gravidez ou quando recorrerem ao SUOG ou nos cursos de preparação para o parto e parentalidade. Mas para tal é importante continuar a informar os EEESMO através de ações de formação ou continuando a proporcionar Reiki aos EEESMO/enfermeiros.